

ARTÍCULO ESPECIAL

Adolescencia: cuerpo, corporeidad y personalidad

J. Cornellà i Canals 7

Salud mental: infancia, familia y cuidados

F.J. Castro Molina, E. García Parra, M. Castro Gonzalez, J. Monzón Díaz, F.V. Martín Casañas 11

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aripiprazol en el autismo: seguridad y tolerancia

M. Vidal Formoso, F. Montañés Rada 25

ARTÍCULO ORIGINAL

Anorexia y bulimia en una muestra de mujeres de la provincia de Girona: más allá de los criterios del DSM-IV-TR

A. Esteve Escrihuela, P. Chapur Zartmann, J. Cornellà i Canals 34

Estimacion de la prevalencia del trastorno por deficit de atencion con/sin hiperactividad en tratamiento con metilfenidato en asturias (españa) mediante el consumo del principio activo desde el año 2002 al 2010

M. Fernández Pérez, Al. Iglesias Carbajo 42

Metilfenidato de liberación prolongada 50/50 (medikinet®) dos veces al día, estudio abierto prospectivo

F. Montañés Rada, M.A. Martínez Granero, M. Vidal Formoso, S. Sanchez Romero, M.J. Andrés Prado 50

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS 60

NORMAS DE PUBLICACIÓN 62

ANUNCIO 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)

Secretaria

Belén Rubio Morell

COMITÉ EDITORIAL

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

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

Secretaría de Redacción

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

Publicación trimestral

Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: María Dolores Domínguez Santos

Vice-presidenta: Concepción de la Rosa Fox

Secretaria: Aránzazu Ortiz Villalobos

Tesorera: Aránzazu Fernández Rivas

Comisión Científica: María Dolores Mojarro Práxedes

Vocales: María José Ruiz Lozano, Josefina Castro Fornieles y Tomás José Cantó Díez (administración de medios electrónicos)

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

M.D. Mojarro Práxedes ... Presidenta
Comisión Científica AEPNYA

T.J. Cantó Díez Vocal AEPNYA

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

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

Copyright 2011

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

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

Depósito legal: B.41.588-90

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 90 €
ESTUDIANTES/MIRES 60 €
EXTRANJERO 180 \$

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N° Piso
Cód. Postal Población
Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO: CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO
 DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

REVIEW SPECIAL

Adolescencia: cuerpo, corporeidad y personalidad

J. Cornellà i Canals 7

Salud mental: infancia, familia y cuidados

F.J. Castro Molina, E. García Parra, M. Castro Gonzalez, J. Monzón Díaz, F.V. Martín Casañas 11

REVIEW ARTICLES

Aripiprazole in autism: safety and tolerability

M. Vidal Formoso, F. Montañés Rada 25

REVIEW ORIGINAL

Anorexia and bulimia in a sample of women in the province of Girona: beyond DSM-IV-TR criteria

A. Esteve Escrihuela, P. Chapur Zartmann, J. Cornellà i Canals 34

Estimation of the prevalence of attention deficit disorder with or without hyperactivity under methylphenidate treatment in asturias (spain) through consumption of the active ingredient from 2002 to 2010

M. Fernández Pérez, Al. Iglesias Carabajo 42

Extended release methylphenidate (medikinet®) twice a day, a prospective open trial

F. Montañés Rada, M.A. Martínez Granero, M. Vidal Formoso, S. Sanchez Romero, M.J. Andrés Prado 50

BOOK FORUM 60

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS 62



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y del Adolescente

Presidenta

Dra. M^a Dolores Domínguez Santos
presidencia@aepnya.org

Vicepresidenta

Dra. Concepción de la Rosa Fox
vicepresidencia@aepnya.org

Secretaria

Dra. Aranzazu Ortiz Villalobos
secretaria@aepnya.org

Tesorera

Dra. Aranzazu Fernández Rivas
tesoreria@aepnya.org

Presidenta Comisión Científica

Dra. M^a Dolores Mojarro Práxedes
direccion.cientifica@aepnya.org

Presidente de la Comisión de Publicaciones

Dr. Oscar Herreros Rodríguez
direccion.revista@aepnya.org

Vocales

Dra. Josefina Castro Forniellse
vocal.s@aepnya.org

Dra. M^a José Ruiz Lozano
vocal.q@aepnya.org

Dr. Tomás José Cantó
administrador@aepnya.org

Ex presidenta

Dra. M^a Jesús Mardomingo

Aránzazu Ortiz Villalobos, Secretaria de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

Informa que,

Se convocan elecciones a Junta Directiva de AEPNYA por finalización del periodo para el cual fue elegida la actual.

Según el artículo 3º del Reglamento Electoral de AEPNYA, dicha convocatoria se realiza con dos meses de antelación respecto del día de la votación y por escrito a través de carta personal a todos/as los/as asociados/as. Desde el momento de la convocatoria la Junta Directiva se considerará en funciones.

Según el artículo 24º de los Estatutos, la elección de la Junta Directiva se hará por candidaturas cerradas las cuales contendrán la lista de candidatos que la forman con la asignación del cargo al que se presentan. Dichas candidaturas deben ser presentadas al Secretario de la Asociación con una antelación mínima de un mes antes de la celebración de la Asamblea General, con el fin de que puedan incluirse las mismas junto a la convocatoria y el orden del día de la correspondiente asamblea.

Resultará elegida aquella candidatura que obtenga mayor número de votos.

La presentación de las candidaturas se realizará en la sede de la Secretaria Técnica:

Congrega, S.L. en C/ Rosalía de Castro 13-1º izda 15004 de A Coruña
Tlf. 981 216 416 Fax. 981 217 542

Y para que conste, firmo la presente en Madrid a 8 de marzo de 2012

Aránzazu Ortiz Villalobos
Secretaria de AEPNYA

Josep Cornellà i Canals
Profesor de Escola EUSES – Garbí. Universitat
de Girona.

*Adolescencia:
cuerpo, corporeidad y
personalidad.
Reflexiones para una
prevención*

7

INTRODUCCIÓN

Una de las características del funcionamiento de la sociedad actual es la sensación de prisa permanente y, en consecuencia, la falta de un tiempo para la reflexión. Este artículo propone reflexionar sobre el binomio adolescente – sociedad, ya que de su buen funcionamiento pueden depender aspectos preventivos muy importantes en la salud mental del joven.

Hablo del adolescente como de una persona en proceso de crecimiento y maduración, que es único, personal e intransferible, y que emite unas señales específicas (a modo de radar) que pueden, o no, ser captadas por la sociedad que le rodea. Y, ¿cuál es la respuesta que da esta sociedad ante estas señales?

Contraviniendo la epidemia globalizadora, debemos considerar al adolescente, a cada adolescente, de forma individual e integrante de una sociedad pluricultural. Por ello, cada adolescente, desde su irrepetible personalidad, emitirá un código concreto y diferenciado de señales diferentes, en función de unas características personales de su propia historia y de su propio entorno. Con sus señales nos pide una actuación comprometida desde la educación para la prevención.

1.- ¿Cuál es el lugar del adolescente en nuestra sociedad?

La respuesta a esta pregunta sirve para situar al adolescente dentro de unas coordenadas antropológicas específicas, y como objeto de ser educado. No se podrán diseñar programas educativos y preventivos que funcionen adecuadamente si no se conocen bien estas coordenadas.

¿Es el adolescente un bien de consumo?

A pesar de la crisis económica, la imagen del adolescente vende; no ha dejado de ser apetecible para la promoción del consumo. El mercado global, cuando se pierden los escrúpulos, utiliza sin pudor los sanos ideales de la adolescencia, unidos a una imagen de potencia y vigor que se desprende de su manera de actuar. La educación del sentido crítico se hace imprescindible.

¿Es el adolescente el paradigma de una “vida feliz”?

Hay una insistencia social en que es la mejor etapa de la vida, donde prima el disfrute sobre la formación. La percepción de que hoy domina una generación de jóvenes con tendencias epicúreas queda desmontada en la obra de Javier Elzo (1), que comienza por cuestionar qué es lo que entendemos nosotros y qué es lo que entienden los adolescentes por felicidad.

¿Es el adolescente un objetivo del consumo?

Ciertamente. Muchas casas comerciales se han marcado como objetivo el joven como futuro consumidor. Lo más alarmante es que la edad de los jóvenes a quienes va dirigida la publicidad ha ido disminuyendo. En algunos estados de Norteamérica, los niños de seis años identifican antes la silueta del “Camel” anunciador de una marca de tabaco que la de Mickey Mouse...

2.- El adolescente y su cuerpo.

Sin que sea tan novedoso, nuestra cultura da una gran importancia al cuerpo. De hecho, cada siglo, cada era histórica, ha encontrado en el cuerpo una expresión de belleza y valores. Encontramos un paradigma en el culto al cuerpo del atleta en la antigua Grecia. Pero la entrada en juego de los medios de comunicación ha permitido una distribución casi universal de lo que llamamos “modas”.

David Le Breton (2), antropólogo y sociólogo, defiende que las concepciones del cuerpo son tributarias de las concepciones de la persona. Nuestra sociedad occidental distingue el cuerpo de la persona. Y este dualismo puede ayudar a entender fenómenos como la anorexia, donde la figura del cuerpo está por encima de la persona. La joven anoréxica habla de su cuerpo como una posesión de la persona. Y, por tanto, el cuerpo es objeto de las modificaciones estéticas que se consideren oportunas.

A partir de que el adolescente siente que el cuerpo le pertenece, entra en una estructura social de tipo individualista, egocéntrica. Cuando la anoréxica dice “no me gusta” se refiere a la figura de su cuerpo que ella ve reflejada en el espejo. ¡La persona no cuenta! En las sociedades más tradicionales, cuerpo y persona son una misma cosa. Expone Le Breton que el cuerpo es una construcción simbólica de nuestra sociedad, y que no es una realidad por sí misma. El cuerpo se ha convertido en el efecto de una construcción social y cultural. Van a ser la “cultura” (o, tal vez, “pseudocultura”) y las “normas sociales” (tal vez, pienso, “pseudonormas”) quienes definen el cuerpo e impongan el modelo que, de acuerdo con la norma social, pueda ser considerado adecuado. ¿Cuál es el papel que juegan los concursos de belleza y las elecciones de las “miss” de turno? De hecho, se trata de fenómenos mediáticos que crean una división social, ante la que, curiosamente, no existe un rechazo social demasiado importante. La sociedad actual tiende a exaltar lo que considera “el cuerpo estéticamente correcto”. Si bien se trata de un fenómeno que, inicialmente, afectaba

más a las chicas, los chicos no se escapan. Los casos de vigorexia empiezan a aumentar y el culto al cuerpo masculino va tomando fuerza.

Los medios de comunicación han colaborado en esta situación. Para Alcoberro (3), la anoréxica ve el mundo desde un anuncio televisivo, idealizado, perfecto, y siente la angustia de no estar a la altura que exige este hipotético mundo ideal. Tanta ha sido la fuerza de estos medios de comunicación que, según una reciente publicación (4), aumenta el riesgo de suicidio (entre un 33 y un 45 %) entre los y las adolescentes que consideran que tienen sobrepeso comparativamente con los que consideran tener un normopeso. Estos estudios ponen de evidencia que existe una presión social para tener un “cuerpo ideal”, y los adolescentes pueden sentirse muy presionados para ajustarse a unos ideales cada vez más limitados de belleza. Por otra parte, esta consideración del modelo de “cuerpo estéticamente correcto” ha llevado, aparte de los ya citados trastornos de conducta alimentaria, al incremento de intervenciones de cirugía estética, con “modelado” del cuerpo e implantes. La “normalización” de esta cirugía ha llegado al extremo de ser ofrecida como regalo de cumpleaños. Se olvida que toda cirugía tiene un riesgo.

3.- La prevención pasa por la educación.

Existe una preocupación por la prevención de los trastornos de conducta alimentaria. Hace pocos años se ha publicado un manual (5) en que se apoya la necesaria educación y formación para combatir estos trastornos. La novedad de este manual educativo es que ya no se basa en los modelos tradicionales sobre la nutrición, sino que fomenta el descubrimiento y la capacidad de crítica hacia los modelos estéticos que acompañan a los mensajes que llegan sobre alimentación. Se recurre a una formación crítica sobre los modelos corporales. Uno de los objetivos planteados supone demostrar cómo los cuerpos de los anuncios publicitarios están trucados y, por tanto, la belleza que se quiere vender es mentira: nada que sea falso puede ser hermoso. El adolescente debe descubrir su vulnerabilidad personal ante imágenes y mensajes transmitidos por los medios: creencias, valores, actitudes y conductas con respecto a la belleza, la silueta corporal y las dietas.

Este manual también hace referencia a la manipulación que se hace de la imagen de la mujer como objeto publicitario. La reflexión se apoya en la sensibilidad contra

actitudes machistas de nuestra sociedad.

Otro punto fundamental es la educación en los valores, especialmente educar para la autoestima: una educación que no empieza en la adolescencia. De hecho, la presión publicitaria que incita a tener un “cuerpo perfecto” se dirige ya hacia niños y niñas de sólo 10 años de edad. Ya que la vulnerabilidad personal hacia los medios depende de su satisfacción corporal, existe una fuerte relación entre la baja satisfacción corporal y el incremento de la predisposición a sufrir enfermedades relacionadas con el peso (6). Las chicas están preocupadas por el exceso de peso, mientras que los chicos lo están por el defecto, ya que se vende la imagen de los chicos musculosos y fuertes como modelo de belleza. Se hace imprescindible diseñar programas educativos que fomenten la satisfacción personal.

4.- Educar desde la corporeidad

Es un reto. La corporeidad es lo que tiene la calidad de corpóreo, que tiene cuerpo o consistencia. Desde el reduccionismo, nos podemos quedar con la materialidad del cuerpo, limitando el ser humano a lo que puede ser un animal o un objeto. La persona (y aquí radica la diferencia que nos hace humanos) manifiesta sus emociones, sentimientos y pensamientos a través del cuerpo; las emociones, los sentimientos y los pensamientos forman parte de este cuerpo. Para evitar este reduccionismo, hay que trascender el sistema orgánico. La corporeidad es la vivenciación del hacer, sentir, pensar y querer (X. Zubiri). El ser humano vive sólo a través de su corporeidad. Comprender la diferencia entre cuerpo y corporeidad es fundamental para evitar el dualismo a la hora de la educación.

Clásicamente se ha asociado la educación de la corporeidad con la educación física. Pero la educación física solamente tendrá una dimensión educativa si tiene una base cultural humana, más allá de los elementos instintivos y competitivos. Y habría que añadir un componente ético, en vista de los ejemplos que, a diario, muestran los medios sobre conductas de algunos deportistas de élite.

Sin obviar que se trata de un objetivo utópico, sería muy enriquecedor hacer una evolución para pasar de la educación meramente física (a menudo confundida con elementos de competición) hasta la educación de la motricidad humana, término que implica un conocimiento del propio cuerpo y de sus movimientos, necesario y previo a la aceptación del propio cuerpo y de la propia persona

(¡olvidemos el dualismo a que estamos acostumbrados!). De esta manera, la educación física o de la motricidad se abriría a cuerpos con posibilidades varias, abiertos, dimensionados, ágiles, siempre cuestionados, siempre en proceso, bien dispuestos, elásticos, agudos, perspicaces y atrevidos, arriesgados, y dispuestos a seguir adelante, nunca en detrimento de otros. Pero la corporeidad humana no se puede restringir el ámbito de la educación física. Hay que incorporar también la educación de la sexualidad, de la afectividad, y de la complementariedad en los roles de género. La persona humana hace también uso del cuerpo para expresar su sexualidad, una faceta de la riqueza de la personalidad. Posiblemente nunca habíamos tenido una adolescencia tan bien informada sobre la sexualidad. Pero la información no equivale a formación ni, mucho menos, da seguridad en la prevención (7). Tampoco se ha dado toda la información necesaria y, especialmente, no se han ofrecido los puntos específicos donde los adolescentes puedan ir a consultar sus dudas (que son muchas más de las que se pueden imaginar).

Por lo tanto, la educación (que no es información) de la sexualidad es también parte de la educación de la corporeidad. Y de nuevo el concepto es integrador: aspectos biológicos, emocionales, psicológicos, éticos y racionales. El objetivo, de nuevo, es que el adolescente no se quede con el egocentrismo del “yo” (el cuerpo), sino que avance hacia el otro (corporeidad con respecto a una dimensión más amplia). Y esto incluye los valores. Hay que ir desde la “genitalidad” (centrada en el propio cuerpo) hasta el rol de género y sus consecuencias: persona sexuada, con responsabilidad.

5.- De la corporeidad hacia la personalidad

Por tanto, la corporeidad queda definida como manifestación de la constitución física del individuo (cuerpo), moldeada y acoplada en un determinado contexto. En el cuerpo se añaden la mente y el entorno. Pero integrando un solo “yo”. El cuerpo, que no es ajeno a la mente, y que se encuentra inmerso en una sociedad, constituye la persona humana. El adolescente, a partir de la interrelación dinámica del ser, pensar y sentir con el propio cuerpo, irá construyendo una forma específica de hacer suyo el mundo, interactuando con él. La personalidad es la que nos diferencia a unos de otros, y nos hace seres únicos e irrepetibles, a pesar de compartir unos elementos biológicos, psicológicos y del entorno muy semejantes.

Mientras que la corporeidad se refiere a unas mani-

festaciones físicas, mentales y sociales (en términos genéricos), la personalidad supone un moverse, pensar y sentir en una forma y un contexto específicos, donde lo que interesa es la particularidad de esta manifestación, de qué proviene, y porqué la manifiesta así. La personalidad sería la corporeidad particular de cada persona.

Para cerrar el círculo, podríamos decir que en el cuerpo se genera la corporeidad, y que ésta se manifiesta a través de la motricidad, conformando así un carácter en base a un temperamento, surgiendo la personalidad única e irreplicable de cada individuo.

Apéndice. Tatuajes y piercings: ¿buscando una identidad?

Uno de los actos importantes para el adolescente es la ruptura (más simbólica que real) con la familia y su entrada en el grupo de iguales.

“¡Muestra tu personalidad con un tatuaje!”, reza un reclamo publicitario. Aunque hay quien ha relacionado los tatuajes con los trastornos de personalidad antisocial y con antecedentes de consumo de tóxicos, abusos sexuales o intentos de suicidio (8), no parece existir demasiado fundamento para aplicar esta norma a los adolescentes, donde lo más importante es la necesidad de demostrar, con signos externos, este “paso” a la mayoría de edad. De alguna manera, es la occidentalización de las prácticas que en las tribus más primitivas de la selva africana “invisten” a un niño con la autoridad del adulto, mediante un rito de iniciación.

En el caso de los piercings y tatuajes hay que informar sobre los riesgos que puede suponer el hacerlo en determinadas zonas del cuerpo y en determinadas condiciones de escasa higiene. Pero lo que queda claro es que, en nuestra sociedad, tatuajes y piercings son una manifestación del “paso” hacia la edad adulta y de demostración pragmática de la pertenencia del propio cuerpo. Que las escuelas y los maestros pongan las normas necesarias para acceder a las clases con piercings o tatuajes en lugares visibles forma parte de la acción educadora de la escuela y de la necesidad de establecer unos límites concretos en ámbitos sociales (que también es educación).

CONCLUSIÓN

El adolescente actual vive su proceso en un ámbito ambivalente. Por una parte tiene fuentes casi inagotables de información. Pero, por otra parte, se siente solo a la hora de comunicar y confiar sus sentimientos.

La presión de los medios de comunicación social produce una gran influencia, poco controlada por los educadores, especialmente en lo referente al “culto al cuerpo”. Pasar del concepto de cuerpo al de corporeidad y, finalmente, al de personalidad, integrando la sexualidad en los aspectos más íntimos de esta personalidad, es todo un reto para el profesional de la salud mental que, en su tarea diaria, no puede olvidar las bases antropológicas que integran nuestra cultura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elzo, Javier. Los jóvenes y la felicidad. PPC. Madrid: PPC Editorial; 2006.
2. Le Breton, David. Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires (Argentina): Ediciones Nueva Visión; 2002.
3. Alcoberro, R. Expulsados del paraíso. Barcelona: Editorial Thalassia, SA; 1996.
4. Swahn M, Reynolds M, Tice M, Miranda-Pierangeli M, Jones C, Jones I. Perceived Overweight, BMI, and Risk for Suicide Attempts: Findings from the 2007 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Adolescent Health* 2009; 45: 292-295.
5. Raich Escursell RM, Sánchez Carracedo D, López Guimerà G. “Alimentación, modelo estético femenino y medios de comunicación”. Barcelona: Editorial GRAO; 2008.
6. Austin SB, Haines J, Veugelers PJ. *BMC Public Health* 2009; 9: 313-316.
7. Royo Isach, Jordi. Los rebeldes del bienestar. Claves para la comunicación con los nuevos adolescentes. Barcelona: Alba Editorial; 2008.
8. Cardasis W, Huth-Bocks A, Silk KR. Tattoos and antisocial personality disorder. *Personality and Mental Health* 2008; 2: 171-182.

Francisco Javier Castro Molina*
Elisa García Parra*
Maripaz Castro Gonzalez**
Josué Monzón Díaz***
Felisa Vanessa Martín Casañas****

*Salud mental: infancia,
familia y cuidados.*

*Enfermeros especialistas de Salud Mental del Hospital Universitario de Canarias;
**Profesor titular de la E.U.E. de la Universidad de León y Doctora en Antropología,
***Psiquiatra Unidad Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Canarias;
****Enfermera del Hospital Universitario de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 16, “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia; y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre la definición de la familia. Jurídicamente está definida por algunas leyes, concepto que suele darse en función de lo que cada ley establece como matrimonio. Por su difusión, se considera que la familia nuclear derivada del matrimonio heterosexual es la familia básica. Sin embargo las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de

una sociedad. Esto explica, por ejemplo, el alto número de familias extensas en las sociedades tradicionales, el aumento de familias monoparentales en las sociedades industrializadas y el reconocimiento legal de las familias homoparentales en aquellas sociedades cuya legislación ha reconocido el matrimonio homosexual.

Pese a la dificultad en la definición, la OMS a partir de la Conferencia de Alma Atá considera a la familia como el primer agente intermediario entre el individuo y la sociedad y la primera unidad de intervención preventiva y terapéutica.

Antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos familiares, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año pero que se dispersaban en las estaciones con escasez de alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños.

Después de la Reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil. La mayor parte de los países occidentales actuales reconocen la relación de familia

Francisco Javier Castro Molina
Elisa García Parra
Maripaz Castro Gonzalez
Josué Monzón Díaz
Felisa Vanessa Martín Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

12

fundamentalmente en el ámbito del derecho civil, y no es sino hasta el siglo XVIII que incorporan el concepto de infancia actual.

Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido pocos cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado, con respecto a su forma más tradicional, en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres. El Instituto de Política Familiar (I.P.F.) expresa en su informe *Evolución de la familia en Europa (2006)* que:

“Las crisis y dificultades sociales, económicas y demográficas de las últimas décadas han hecho redescubrir que la familia representa un valiosísimo potencial para el amortiguamiento de los efectos dramáticos de problemas como el paro, las enfermedades, la vivienda, las drogodependencias o la marginalidad. La familia es considerada hoy como el primer núcleo de solidaridad dentro de la sociedad, siendo mucho más que la unidad jurídica, social y económica. La familia es, ante todo, una comunidad de amor y de solidaridad”.

Otras funciones que antes desempeñaba la familia rural, tales como el trabajo, la educación, la formación religiosa, las actividades de recreo y la socialización de los hijos, en la familia occidental moderna son realizadas, en gran parte, por instituciones especializadas. El trabajo se realiza normalmente fuera del grupo familiar y sus miembros suelen trabajar en ocupaciones diferentes lejos del hogar. La educación, por lo general, la proporcionan el Estado o grupos privados. Finalmente, la familia todavía es la responsable de la socialización de los hijos, aunque en esta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante.

La familia no sólo es la unidad básica de la organización social humana, sino además, la que mejor se presta a la intervención preventiva y terapéutica por lo que nuestro objetivo es centrar las intervenciones de enfermería en la familia como marco del trabajo orientado hacia la infancia y la defensa de sus derechos.

En general, los datos demuestran que los ambientes familiares estables y con un buen clima afectivo proporcionan a sus miembros seguridad y afecto, elementos indispensables para un buen funcionamiento psicológico,

tanto personal como social.

Un grado elevado de conflictividad entre los padres incrementa en los hijos sentimiento de tristeza, malestar e infelicidad.

En la sociedad occidental, la familia ocupa un lugar fundamental en el desarrollo global del niño. Es el contexto natural para crecer y recibir auxilio, es el grupo que, a lo largo del tiempo, ha elaborado pautas de interacción que suponen su estructura familiar. La familia posibilita a sus miembros crecer, e individualizarse e incluirse en el orden social y proporciona, a su vez, sentimientos de pertenencia. Esta se encuentra en transformación constante para asegurar la continuidad y crecimiento psicosocial. Es la matriz de experiencias, aprendizajes y modelos de interacción. Cumple una función socializadora, entre la que se incluye la transformación de las normas sociales en sistema de valores personales. Gracias a la educación y a la formación, el niño se desarrolla emocionalmente a través de la relación afectiva entre los miembros de su familia. Por último, la familia proporciona el sustento básico de alimentación, cuidados físicos y económicos.

El clima familiar se determina por el nivel de cohesión de sus miembros, los modelos de comunicación y expresividad, el nivel de conflicto, la planificación, la organización de actividades familiares y la distribución de tiempo de trabajo y ocio. Este clima familiar ha sido muy estudiado y se conoce su clara influencia en la adaptación personal, en el autoconcepto y en la autoestima del niño

Debemos recordar que la enfermedad puede tener un gran impacto sobre el bienestar emocional del paciente; y sobre la calidad de vida y el estado emocional y físico de los cuidadores informales. Las personas que se relacionan estrechamente con el enfermo también deben ajustarse a la situación de enfermedad y al estrés que conlleva. La adaptación de la familia y amigos a la enfermedad del sujeto, y la manera en que reaccionen ante los esfuerzos de éste por adaptarse a su enfermedad, repercutirá en el resultado adaptativo que logre. Hay una amplia evidencia empírica sobre los efectos que tiene el cuidado de un familiar o amigo enfermo. Actualmente, las investigaciones realizadas sobre estrés, apoyo social y afrontamiento, ocupan una parte considerable del trabajo que se está llevando a cabo en el campo de la Psicología de la Salud, tanto desde estudios teóricos como empíricos. También cabe señalar una importante y nueva área de investigación que destaca que las percepciones de la enfermedad

y sus consecuencias pueden variar en las parejas que conviven con la enfermedad, y cómo pueden influir estas discrepancias y la interdependencia de la relación sobre una amplia variedad de resultados.

El reconocimiento y la identificación de las consecuencias de la provisión de cuidados permite que se implanten intervenciones para beneficiar a los cuidadores y a aquellos

a los que se cuida, además de, potencialmente, a la sociedad en general en cuanto a menores costes sociales y de atención sanitaria de la provisión de los cuidados para los propios cuidadores, que pueden experimentar un estrés significativo, una importante carga o una mala salud.

De forma importante, hemos puesto de relieve que el proporcionar cuidados a un enfermo, o el estar enfermo, no acarrea inevitablemente consecuencias negativas, aunque se sabe que a veces la familia o individuos más próximos pueden ser fuente de estrés y de ansiedad, en lugar de actuar como “amortiguadores” de estos factores.

La actitud excesivamente protectora o limitadora de las iniciativas del sujeto para enfrentarse con su enfermedad, por ejemplo, entorpecerá sus procesos de afrontamiento y finalmente su adaptación. En general podemos decir que surgirá un efecto beneficioso de la relación entre apoyo social y afrontamiento, cuando ante una situación estresante las fuentes proveedoras de apoyo consigan aumentar la autoestima del sujeto, ayudarle a regular sus respuestas emocionales y reforzar sus iniciativas de afrontamiento a la enfermedad, (variables, entre otras, facilitadoras de la adaptación del sujeto). Por el contrario, comunicar al individuo sentimientos de impotencia que bajen su autoestima o mostrar como única alternativa el aspecto negativo de su situación, aumentará su nivel de estrés y sus problemas para llevar a cabo el proceso de afrontamiento.

Un concepto importante es el de “apoyo social” donde se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario.

Se han establecido asociaciones entre problemas psicológicos y psiquiátricos con factores como el estatus marital, la movilidad geográfica y la desintegración social, en el sentido de que tales problemas se acompañan de falta de vínculos o apoyos sociales adecuados.

Otro concepto fundamental a resaltar antes de internarnos en las intervenciones familiares es el de Salud Familiar, entendiéndose como el funcionamiento de la familia como grupo social primario, en el momento de fomentar la salud y el bienestar de sus miembros mediante el cumplimiento de sus funciones, el desarrollo de una óptima cohesión interna en las relaciones de poder que se establecen entre sus miembros y el logro de una adecuada adaptación a la sociedad en que tiene lugar su existencia.

Los componentes de la salud familiar son cinco: Adaptabilidad, capacidad de utilizar recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis; Participación, capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos; Gradiente de crecimiento, capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia; Afecto, capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y demostrar distintas emociones, como afecto, amor, pena, y rabia; y por último, la Resolución, capacidad de aplicar los elementos anteriores, compartiendo tiempo, recursos espaciales y materiales de cada miembro de la familia.

PSICOPATOLOGÍA E INTERACCIÓN FAMILIAR

Dentro del campo de la familia en salud mental, las investigaciones más recientes se han limitado a cuestiones bastante restringidas, con escasa integración interdisciplinaria. Aunque sociólogos, genetistas, psicólogos, psiquiatras y especialistas en disciplinas afines han desarrollado teorías acerca del origen familiar o la transmisión de la psicopatología y de los trastornos mentales, los trabajos han permanecido en su mayor parte aislados en parcelas independientes. A medida que el campo de estudio de la psicopatología se ha ampliado y ha trascendido el conocimiento de los trastornos mentales sobre las alteraciones cotidianas de la conducta humana, las investigaciones clínicas han comenzado a centrarse en la influencia de los factores ambientales sobre la salud mental.

Dentro de este marco de referencia la familia emerge como unidad social primaria universal. Su importancia estratégica reside en su composición, organización, interacción, y en las funciones que desarrolla en cuanto que entidad biopsicosocial.

Desde un punto de vista familiar, la salud mental sería aquella condición en la que los diferentes elementos que componen la organización o estructura de la familia interactúan de modo adecuado (entre sí y con el entorno social) para llevar a cabo correctamente sus funciones; de este modo, todas aquellas circunstancias que ejercen tensiones sobre alguno de estos factores pueden provocar alteraciones y, si los correspondientes mecanismos de autorregulación no son capaces de restaurar la homeostasis familiar, pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.

La salud de la unidad familiar es un predictor de salud mental y, por extensión, de la salubridad de un sistema social. Así, el apoyo psicosocial es una de las funciones primordiales de la familia, en el que debe estar implícito el desarrollo de las habilidades interpersonales de cada uno de los individuos que la forman. La capacidad protectora de la familia, ítem que debe estar presente en un núcleo familiar saludable, es de máxima importancia, puesto que, ante dificultades de contacto de uno de sus miembros con el mundo extrafamiliar puede facilitar una adecuada actuación por parte de cada uno de los miembros que la conforman.

A la hora de abordar la evaluación diagnóstica de un núcleo familiar uno de los problemas con el que se puede encontrar es la identificación clara y concisa del concepto de familia funcional y familia patógena, en lo que se refiere a sus “formas de interacción”. En la actualidad, sabemos que toda familia, en su día a día, presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases del ciclo vital. Es por ello, que la funcionalidad de la familia no puede diferenciarse por la presencia de problemas, sino por la utilización de todas aquellas herramientas empleadas en la interacción y que pueden dificultar el desarrollo psicosocial de sus miembros, la resolución de conflictos y su adaptación al entorno circundante. Así, una familia patológica aumenta la rigidez de sus pautas transaccionales y de sus límites, carece de motivación y ofrece resistencia o elude toda posibilidad de cambio ante situaciones de estrés importante, con el objetivo de mantener la integridad del grupo o núcleo. Es preciso diferenciar también la familia disfuncional de la familia empobrecida, en la que una disminución de los recursos económicos no tiene por qué acarrear de entrada disfunciones familiares.

Tipos de familia o núcleo familiar.

A continuación, describiremos brevemente los diferentes tipos de familia que podemos encontrar, entendiendo que éstos son modelos estancos y excluyentes, pudiendo una misma familia establecer diferentes modalidades a lo largo de su existencia. En general, se pueden distinguir los siguientes tipos de familia:

- *Familia original o biológica:* La genealogía es la definitoria para este tipo de estructura. La familia biológica es de trascendental importancia en la comprensión de la transmisión genética de las psicopatologías, así como de todas aquellas actuaciones a efectuar con carácter preventivo.
- *Familia nuclear:* Grupo social que está formado por una mujer, un hombre y la prole, fruto del apareamiento de ambos. Algunos autores han criticado esta forma de familia ante la incapacidad de ésta para una correcta y adecuada integración de los ancianos y niños.
- *Familia conjunta o multigeneracional:* Surge ante la incorporación de nuevos sujetos, fruto de la unión con los miembros más jóvenes de la familia, agregándose cónyuges e hijos en vez de formar un núcleo familiar independiente. Todo esto conlleva a la convivencia simultánea de varias generaciones en el mismo espacio vital. Son formas frecuentes en situaciones socioeconómicas precarias, así como en momentos de inestabilidad laboral.
- *Familia extensa o extendida:* Es un tipo de familia en la que los miembros que la conforman no conviven en el mismo hábitaculo, aunque mantienen estrechos vínculos que les hacen estar en continuo contacto. Es característico de ella, que las tareas domésticas sean compartidas; además, tanto las figuras paternas como los otros adultos del sistema sirven de modelos para niños y jóvenes. Su mayor inconveniente radica en el hecho de que los padres pueden no llegar a adquirir una plena independencia ni autoridad sobre los hijos.
- *Familia compuesta o reconstituida:* Esta construida a base de partes de la estructura de otros grupos o núcleos familiares o tan solo por miembros independientes de ellas. El caso más habitual es el de padres viudos o divorciados con hijos que contraen nuevas nupcias. Una situación que aha ayudado de manera considerable al surgimiento de

este modelo o tipo de familia, ha sido el elevado índice de divorcios, situación que ha dado lugar a la formación de familias con uno o ambos padres adoptivos, hijos adoptivos y hermanastros, situación que obliga a este tipo de familia a afrontar problemas específicos a la hora de efectuar la reorganización de la estructura familiar.

- *Familia sin hijos*: La vinculación de una persona a otra de distinto sexo constituye una necesidad biopsicosocial universal para la realización de uno mismo a través de la unión con otro. Las personas pueden unirse por satisfacción mutua sin el propósito de tener hijos por cuestionamientos personales, éticos, religiosos o determinantes sociales externos o internos que rigen la dinámica familiar, los cuales pueden influir en el sentimiento de independencia de cada uno de los miembros, mediando el deseo de no adquirir nuevas responsabilidades o la toma de conciencia de la incapacidad para llevar a cabo una adecuada función parental. La opinión social generalizada de equiparar las familias sin hijos con familias desgraciadas, aunque persiste, se ha modificado sustancialmente en los últimos años.

Funciones de la familia o del núcleo familiar.

Independientemente de establecer los diferentes tipos de familia, es importantes acotar todas y cada una de las funciones que presenta el núcleo familiar. La mejor comprensión de las funciones familiares se consigue al contemplarlas desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas, la cual considera la existencia de interrelaciones dentro de un organismo estructural, y con ayuda del concepto de “ciclo vital”, que aborda los distintos momentos que acontecen en cada fase del desarrollo, desde la concepción hasta la muerte del individuo.

Las metas a alcanzar por parte de la familia son variadas y específicas. Cuando se procura “desmembrar” el cuerpo que constituyen las funciones familiar, percibimos como una gran parte de ellas presentan una superposición. Todas ellas nacen de una dotación biológica predisponente y una organización sistémica, estando mediatizadas por las exigencias de la sociedad donde está inmersa. Así, la sociedad encarga a la familia la guía del niño a lo largo de todas y cada una de las etapas de cre-

cimiento y desarrollo que constituyen la infancia, favoreciendo su incorporación en la sociedad.

Es la familia la que va a desempeñar una misión trascendental en la relación con el ciclo de la vida y con las distintas personas que constituyen el núcleo familiar. La existencia de una estructura familiar operativa será fundamental a la hora de llevar a buen término estas funciones. Brevemente éstas son:

- *Función reproductora*: Es esencial para la continuación de cualquier especie, yendo más allá de todas aquellas implicaciones socioculturales y místicoreligiosas que se puedan plantear.
- *Función de crianza*: El proceso de la crianza incluye la alimentación, los cuidados físicos y mínimos que garantice la supervivencia del niño, sin olvidar el afecto. Esta función se realiza mayoritariamente por la familia nuclear en gran número de sociedades. A lo largo del período de crianza se fomenta el control sobre las funciones corporales (comer, control de esfínteres, vestirse, limpiarse, etc.), las pautas de aprendizaje, las conductas socializadoras y la comunicación, tanto verbal como no verbal.
- *Función cognitivo-afectiva*: La expresión y manejo de sentimientos son aprendidos dentro del núcleo familiar, el cual debe establecer una relación empática que favorece la comprensión de los sentimientos por ambas partes, identificando todas aquellas situaciones disfuncionales, fomentando la capacidad de adaptación de sus miembros a diferentes experiencias emocionales dentro de la sociedad. Es este camino el idóneo para consolidar vínculos afectivos interpersonales entre cada uno de los miembros que conforman el grupo, cohesionándolo y estabilizándolo. La carencia de afecto puede acarrear consecuencias negativas para el desarrollo del niño en las tres esferas: biológica, psicológica y social.
- *Función comunicativa*: La comunicación familiar adecuada, tanto verbal como no verbal, es aquella que está en relación con los estilos comunicativos y el lenguaje simbólico del contexto social en el que se encuentra integrada la familia.
- *Función de delimitación*: Se puede establecer tres tipos de límites en el sistema familiar: individual (cada miembro de la familia requiere unos límites del yo para lograr la sensación de identidad. La

familia moldea el comportamiento del infante y el sentimiento de identidad independiente, procurando el proceso de separación-individuación, pero transmitiendo al mismo tiempo al niño un sentimiento de pertenencia y arraigo. La resolución con éxito del proceso de separación-individuación es primordial para el desarrollo adecuado de la personalidad, lo que facilita la adaptación y el control de las situaciones estresantes); generacional (fundamental ya que afecta a objetivos familiares tales como el aprendizaje social, el poder jerárquico y la transmisión de valores familiares generacionales); y familia-sociedad (es papel del núcleo familiar el establecer límites circundantes que diferencien el marco exclusivamente familiar del entorno social extrafamiliar, procurando un sentimiento de intimidad cohesión familiar, lo que facilita que la unidad familiar se instaure como una unidad social diferenciada).

- *Función de adquisición de género y de diferenciación de roles ligados al sexo:* Es fundamental ya que cada uno de los padres simbolizan los patrones de masculinidad y femineidad culturalmente establecidos. En la actualidad, se están modificándose dentro de la sociedad, siendo el más relevante el reparto de las tareas familiares, donde existe una proximidad en la equiparación de ambos géneros. La figura paterna presenta una serie de atributos que están en consonancia con el sistema social en el que se incluye la familia, tales como actividad y competencia, en tanto que a la figura materna se la identifica básicamente con la crianza y el aporte afectivo a los hijos.
- *Función de formación de la personalidad:* La formación de la personalidad viene marcado considerablemente por la familia, como agente de trascendental importancia, ya que presenta un importante factor etiopatogénico en el desarrollo de numerosos trastornos psicopatológicos. En la familia nuclear, los rasgos caracteriales de los padres y la relación matrimonial entre éstos son factores importantes para el desarrollo de la personalidad de los niños y para la estabilidad familiar. En el caso de las familias extensas, determinadas figuras significativas pueden suplir el déficit de los modelos parentales, permitiendo al niño la identificación con otros modelos caracteriales adultos de su mis-

mo sexo.

- *Función de liderazgo:* Está implícita en cualquier sistema social, siendo la figura materna y paterna las que la asumen; cuando es inexistente puede ser realizada por algún miembro significativo de la familia extensa. El núcleo familiar debe estar organizado de manera que se permita llevar a término las funciones de liderazgo: inculcar disciplina y respeto entre los miembros de la familia y de éstos con el entorno social, promover la educación de los hijos y efectuar una previsión realista de los recursos económicos que procure un logro de las funciones familiares básicas. Para el aprendizaje social de niños y adolescentes, la función de liderazgo es fundamental, ya que éstos tendrán que manejarse socialmente en condiciones desiguales en relación con figuras que se encuentran en niveles superiores y con las que tendrán que establecer relaciones y negociaciones. Existen estudios que ponen de manifiesto la relación existente entre pérdida del poder ejecutivo del subsistema parental o la inversión en la jerarquía familiar y la aparición de psicopatología en los hijos, en concreto trastornos de conducta y abuso de sustancias. Dentro de la familia típicamente, el liderazgo ha recaído habitualmente sobre en la figura paterna, situación que se ha modificado ante la mayor papel de responsabilidad que las féminas ha adquirido progresivamente.
- *Función de culturización-socialización y de protección psicosocial:* La familia se constituye como un ente que tiene como misión la transmisión de pautas culturales de manera generacional desde la infancia hasta la etapa de adolescencia-adulto joven. Este traspaso de cultura da cabida a modificaciones que se plantean atendiendo a las circunstancias socioeconómicas y políticas de cada momento de la Historia de la Humanidad. Este rol, también puede ser ejecutado por miembros de la familia extensa o por instituciones sociales. Es por ello, que entre sus objetivos encontramos: la enseñanza del comportamiento e interacción en sociedad, la protección y continuación de la crianza, la inculcación de valores sociales elementales, la orientación y control, la adaptación a las exigencias de la civilización-tiempo y de una determinada cultura y, posteriormente, la entrega del testigo

cultural a otras generaciones.

En lo referente a la protección psicosocial, debe destacarse que es una de los principales objetivos o metas de la familia, debido a su un efecto protector y estabilizador frente a los trastornos mentales.

- *Función de recuperación:* Todo sistema social exige y obliga a sus miembros a cumplir una serie de normas preestablecidas en cuanto a conducta, modales y pautas de interacción, donde la familia presenta una función mediadora modificando conductas inadecuadas. A través de este aprendizaje social, el niño logra el control de los impulsos y adquiriendo conductas disciplinadas, en tanto que la familia puede ayudar a la participación de sus miembros en actividades creativas y lúdicas que dan equilibrio a las labores más “estructuradas” realizadas en sociedad.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL INFANTIL EN LA FAMILIA.

Valoración y diagnósticos de enfermería

Haciendo alusión a la explicación que aparece en Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica, no todos los problemas de los usuarios que tratamos los enfermeros especialistas en Salud Mental (en este caso las familias y los niños) pueden englobarse en el mismo apartado, sino que cabe identificar dos tipos distintos:

los diagnósticos enfermeros (DxE) y los problemas de colaboración (PC).

Según la definición de trabajo aceptada por la NANDA en la novena conferencia celebrada en marzo de 1990:

► Diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

Los DxE están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional, ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata, siendo ella quien tiene el control y la autoridad y, por tanto, es la responsable del logro del resultado final deseado.

Por su parte, los problemas de colaboración podrían definirse como:

► Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.

Se sitúan, por tanto, en el ámbito de la colaboración con otro profesional (equipo multidisciplinar) que es quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final. A la hora de la delimitación de estos problemas es necesaria e insustituible la utilización de la terminología médica. Para lograr definir un

DxE, previamente hay que realizar una valoración donde se puedan identificar las situaciones comprometidas, haciendo hincapié en la familia como fuente y ayuda de tratamiento, sobre todo de los niños.

Características del buen funcionamiento familiar

Antes de seguir avanzando, es necesario volver a establecer como realizamos en el apartado anterior, la diferencia entre “Salud familiar” y “Salud de la familia”. La primera hace referencia a la capacidad de llevar a cabo las diferentes funciones que le han sido asignadas como agente social primario, al mismo tiempo que da respuestas a las necesidades de sus miembros, en función del ciclo vital en el que se encuentre; mientras que la “Salud de la familia” es la suma de los estados de salud de sus miembros.

La familia funcional se caracteriza por la capacidad de afrontar los diferentes cambios generados, bien por la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o derivadas de determinadas situaciones capaces de producir tensión. Sus características son: interacciones entre los miembros de la familia regulares y variadas; potenciación de contactos activos con otros grupos y organizaciones sociales; toma de decisiones democráticas; soluciones creativas de problemas; roles flexibles; relaciones de soporte amplias; espacio para la autonomía de los hijos; y por último, especificidad y fortaleza de vínculo conyugal.

Existen elementos que interfieren en la función familiar, por su importancia hay que destacar la presencia de acontecimientos vitales estresantes. Uno de estos elementos es la aparición de enfermedades crónicas o accidentes en algún miembro de la familia, repercutiendo al mismo tiempo en las relaciones interpersonales de la misma. Los efectos que producen sobre la familia estos acontecimientos cuando son intensos es una crisis familiar. Existen familias que evitan las crisis manteniendo el grado de estrés en un nivel aceptable, a través de la adap-

Francisco Javier Castro Molina
Elisa García Parra
Maripaz Castro Gonzalez
Josué Monzón Díaz
Felisa Vanessa Martín Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

18

tación o ayudadas por un apoyo social fuerte, atenuando así la crisis o solucionando el problema.

En definitiva, cuando la familia deja de funcionar, no se mantienen las normas familiares, se alteran los hábitos y costumbres y no se llevan a cabo las tareas. Los miembros de la familia dejan de tener niveles óptimos de función, tanto en el plano físico o psíquico.

Alguno de los elementos específicos que definen la crisis familiar son la incapacidad para cumplir sus tareas habituales en el trabajo, escuela y/u hogar, la incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas y la incapacidad para cuidar de forma habitual unos de otros. La duración de la crisis es variable. Son indispensables para superar la crisis los recursos familiares, el apoyo y la red social. La recuperación se produce cuando disminuye el efecto del evento, cuando se incrementan los recursos familiares y el apoyo social y por último cuando se modifica la percepción del evento.

Si los recursos familiares son escasos, o nulos se puede producir una disfunción familiar, demostrando incapacidad para cubrir las necesidades de sus miembros. Lask, identificó una serie de características en las diferentes familias disfuncionales: incapacidad de resolver problemas y/o conflictos así como tomar decisiones; presentan déficit o escasa organización, generando respuestas caóticas ante determinados cambios o situaciones estresantes; también puede observarse lo contrario organización muy rígida, impidiendo la adaptación al cambio, así como incapacidad para dar respuesta ante situaciones estresantes; excesiva implicación de la familia lo que hace que sus miembros pierdan autonomía; excesiva distancia entre sus miembros, presentando déficit de apoyo emocional y práctico; la pareja presenta conflictos crónicos o el vínculo es débil, no favoreciendo el desarrollo de sus funciones; como consecuencia existe poca expresión de sentimientos y déficit de respuesta adecuada a los mismos; y por último presentan bloqueos y distorsiones en la comunicación.

Evaluación de la función familiar: APGAR FAMILIAR.

Es un cuestionario autoadministrado, desarrollado por Smilkstein y colaboradores (ver anexo I), consta de cinco preguntas cerradas, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 0 a 2, con un índice final de 0 a 10. Evalúa las diferentes dimensiones en que los autores dividen el

funcionamiento familiar (Modificado de Smilkstein):

Adaptabilidad: Capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas; Cooperación o participación: Implicación en la toma de decisiones y responsabilidades para el mantenimiento familiar; Desarrollo: Maduración física y emocional y autorrealización por el apoyo y asesoramiento mutuo; Afectividad: Relación de cariño y amor; Capacidad resolutoria: Compromiso de dedicar tiempo a las necesidades físicas y emocionales.

En función del índice final se clasifica a las familias como normofuncionales cuando presentan un índice final de 7-10, moderada disfuncionalidad de 4-6 y gravemente disfuncionales de 0-3.

Recursos familiares

Ante un acontecimiento vital estresante el sistema homeostático familiar sufre una alteración y en función del apoyo social y de los recursos familiares disponible, la crisis desembocará en una disfunción familiar.

Bowling define el apoyo social como un proceso interactivo, a través del cual el sujeto obtiene diferentes tipos de ayuda, emocional, instrumental o económica, la cual proviene de la red social en que se encuentra el propio sujeto. El mismo autor señala que la red social son las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, teniendo en cuenta las características de las mismas. Existen dos tipos de redes de apoyo: redes naturales: Familia, compañeros trabajo, estudios, creencias o culto, amigos, vecinos, etc.; y las redes organizadas: Voluntariado institucional, grupos de apoyo y autoayuda y ayuda profesional.

Los recursos familiares son el apoyo o la ayuda que la familia proporciona ante las necesidades de cualquier miembro de la unidad familiar, utilizando todos los medios disponibles para este fin. La familia como sistema de apoyo natural es la mayor fuente de apoyo social y personal tanto en los periodos de dependencia de las personas como de independencia. El apoyo familiar permite: incrementar la seguridad del individuo, favoreciendo la puesta en marcha de las habilidades personales, para afrontar situaciones problema o generadoras de estrés; teniendo en cuenta diferentes estudios, ayuda a soportar mejor las crisis de la vida; la ausencia y/o pérdida de apoyo familiar asociada a diversas fuentes de estrés incrementa la vulnerabilidad tanto a nivel individual como familiar.

En la primera fase del proceso de cuidados, junto con

la recogida de datos inicial, se contemplará la valoración de los sistemas de apoyo para lo cual existen una serie de instrumentos entre los que está el Cuestionario de MOS, es autoadministrado y recoge información multidimensional: Apoyo emocional/informacional, instrumental, afectivo e interacción social positiva, las cuales se miden sobre una escala de Likert, de 1 a 5, excepto el primer ítem, el cual informa del tamaño de la red social (ver anexo II).

El papel de la enfermera en la valoración de los sistemas de apoyo está delimitado en tres pilares básicos: ayudar a identificar a las personas significativas, que le pueden ayudar cuando lo necesite; identificación de conflictos con estas personas y forma de resolverlos; y si existiera déficit de apoyo o éste fuera inexistente, el papel de la enfermera sería evitar y neutralizar la ansiedad que esta situación pudiera generar y ayudar a buscar medidas alternativas que le provean del apoyo necesario sustitutorio.

Algunos de los diagnósticos enfermeros posibles más comunes son:

Riesgo de deterioro parental, relacionado con (r/c) aislamiento o faltas de redes de apoyo social.

√ Afrontamiento familiar comprometido, r/c una situación que comporta temporalmente una desorganización de la dinámica familiar y un cambio de los roles habituales, manifestado por (m/p) que el cuidador manifiesta preocupación, comprensión o conocimiento inadecuado que dificulta la adopción de conductas efectivas de ayuda y soporte.

√ Deterioro del mantenimiento del hogar, r/c sistemas de soporte y apoyo inadecuados, m/p sobrecarga de los miembros de la familia

√ Conflicto de decisiones, r/c déficit de sistema de soporte.

√ Riesgo de duelo complicado, r/c falta o pérdida de apoyo social.

√ Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar, r/c conflicto familiar o de decisiones, m/p actividades familiares inapropiadas para alcanzar los objetivos marcados en el programa de prevención o tratamiento.

√ Deterioro de la interacción social, r/c carencia de compañeros o personas significativas, m/p conductas de interacción familiar o social ineficaces o disfuncionales.

En función de los diagnósticos definidos se establecerán los objetivos de los cuidados los cuales estarán en base a la familia, como objetivos generales y guía de los mismos tenemos:

- * Mantener un entorno favorecedor del desarrollo físico, psicológico, sociocultural y espiritual del niño.
- * Ayudar a los miembros del grupo familiar a identificar las necesidades de apoyo y las personas-recurso disponibles para tal fin.
- * Ayudar a la familia a que aprenda a solicitar y proporcionar ayuda, para aumentar las redes de apoyo sociales de los miembros del grupo familiar.
- * Ayudar a la familia a utilizar las redes de apoyo disponibles, naturales y las organizadas.
- * Ayudar a los miembros de la familia a demostrar conductas de regulación e
- * integración del programa de tratamiento en los procesos familiares.

Además de una valoración familiar debemos realizar también la infantil, ya que los problemas que podemos encontrar en los infantes, influyen y son potenciados por la situación de la familia. Estos problemas infantiles son parte de un todo más amplio que es la familia, por lo tanto cuando se trate a la población infanto-juvenil hay que identificar los conflictos que tienen ellos de forma individual y, a su vez, hay que reconocer los de la familia; ya que es este el núcleo en el que viven los niños, y el que ayuda a mejorar y solucionar los conflictos infantiles, influyendo éstos, a su vez, en las dificultades que se pueden encontrar en la familia.

Por lo tanto, no se puede centrar el abordaje y tratamiento infanto-juvenil única y exclusivamente en los niños, ya que existe una retroalimentación entre todos los miembros del núcleo familiar, y es por esto la importancia de una buena valoración e intervención precoz completa.

Se ha de realizar una valoración integral, donde se incluya el motivo de la derivación, los antecedentes del problema actual, una anamnesis y exploración física, los antecedentes del desarrollo, el estado mental y emocional, la relación familiar y los apoyos, cambios y sucesos ambientales

Sin entrar a detallar todos los Dx E de las diferentes patologías psiquiátricas infantiles, a continuación vamos a nombrar varios ejemplos:

- √ Déficit de actividades recreativas, r/c insuficientes conocimientos o falta de actividades, m/p apatía, desinterés por algunas actividades.
 - √ Alteración del patrón del sueño, r/c hiperactividad excesiva, secundaria a algunas patologías psiquiátricas.
 - √ Riesgo de lesión r/c una conciencia deficiente sobre la seguridad, debido a la hiperactividad, impulsividad y distracción.
 - √ Ansiedad r/c la separación de la madre, m/p el llanto y una conducta regresiva.
(Trastorno de ansiedad por separación)
 - √ Alteración sensorio-perceptiva, r/c disminución de la conciencia de estímulos ambientales. (Trastorno autista)
 - √ Deterioro de la comunicación verbal, r/c habilidades verbales insuficientes, m/p un discurso repetitivo e idiosincrásico. (Trastorno autista)
 - √ Déficit de autocuidado, r/c una conducta repetitiva y ritual. (Trastorno autista)
- Seguidamente procederemos a detallar algunos de los objetivos generales para las patologías psiquiátricas infantiles:
- √ Participar en actividades recreativas que le produzcan satisfacción.
 - √ Recuperar el patrón de sueño habitual.
 - √ Mantener en todo momento la integridad física.
 - √ Comunicarse eficazmente con las personas de su entorno.
 - √ Aumentará su nivel de autonomía en la realización de las AVD.

Intervenciones de Enfermería en los dispositivos de Salud Mental Infanto- Juvenil.

Tras la valoración de enfermería y el establecimiento de los diagnósticos enfermeros, las intervenciones de enfermería irán orientadas hacia una normalización del funcionamiento individual y socio-familiar, procurando una disminución de la sintomatología psiquiátrica, dotando a los pacientes y a sus familiares de estrategias de afrontamiento que les permita resolver sus problemas actuales y prevenir y/o reducir problemas posteriores; y promover un funcionamiento individual, familiar, escolar y social adaptativo.

El Programa de Tratamiento Individual debe estar basada en el Modelo de Competencias de Albee (1980), en el que se tienen en cuenta las siguientes áreas de inter-

vención: tratamiento individual de los síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales; desarrollo de un nivel de autonomía ajustado a la edad cronológica del menor, posibilitando la realización de actividades básicas de la vida diaria (vestido, aseo, alimentación, control de esfínteres, etc.) o actividades más complejas (ocio y tiempo libre, desplazamientos, manejo del dinero, limpieza, etc.); tratamiento familiar con el fin de establecer una coherencia en las pautas educativas y mejorar las relaciones paternofiliales; desarrollo de las habilidades sociales necesarias para que se establezca una adecuada relación social con los iguales y con el resto de familiares y adultos; fomentar una adaptación normalizada a nivel escolar, favoreciendo el desarrollo de un adecuado hábito de estudio y la aceptación de las normas básicas que permita a los menores tener un buen rendimiento académico; área social; y otras áreas como: medicación, sueño, sexualidad, juego y deporte.

Seguidamente enumeraremos y desarrollaremos algunos de los programas de tratamiento (grupos y talleres), que pueden establecerse atendiendo a los recursos materiales y humanos que se dispongan en los dispositivos de Salud Mental: Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) y el Hospital de Día Infanto-Juvenil.

Escuela de padres

Atendiendo a la trascendencia de las pautas de crianza y las características personales de los padres en el desarrollo de ciertos trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia (Barkley y cols., 1999), resulta lógico pensar que el abordaje terapéutico en muchos de estos casos debiera girar alrededor de programas de escuela de padres, cuyo objetivo es el de optimizar la actitud educativa de los padres, así como las habilidades comunicativas y el intercambio de afecto paterno-filial.

Existen en este campo programa protocolizado, como el elaborado por Díaz-Sibaja, Comeche y Díaz-García (2005), herramienta diseñada para el tratamiento de la desobediencia y de los problemas cotidianos de conducta en niños de 2 a 12 años, aunque, atendiendo a eficacia y fácil aplicación, en la actualidad también se está utilizando como un componente más de los programas multicomponente de intervención de otros trastornos, como por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos del comportamiento perturbador y trastornos generalizados del desarrollo.

La Escuela de Padres es un espacio de información,

formación y reflexión, dirigido a los progenitores, sobre aspectos relacionados con la educación de los hijos, en el que se aprenden una serie de estrategias de afrontamiento que permite desarrollar adecuadamente las funciones parentales educativas y socializadoras, sirviendo, de este modo, como prevención primaria y secundaria de alteraciones psicopatológica en la infancia y adolescencia. Los principales objetivos que pretenden son: asumir por parte de los padres su rol como principales responsables de la educación de sus hijos; reconocer que puede ser necesaria una formación para lograr tal objetivo; sean capaces de detectar e identificar los problemas de comportamiento más comunes en sus hijos; prevenir el desarrollo de trastornos de conducta; y aprender estrategias y herramientas que les permita solucionar los problemas presentes y futuros.

Taller “construyendo salud”

Conceptualmente, la “educación para la salud” atiende a cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener su salud y busque ayuda cuando lo necesite (Costa y López, 1996).

Como principal objetivo debe establecerse la concienciación de los niños de que sin una buena salud no se puede crecer, estudiar, trabajar o pensar bien, por lo que es muy importante que aprendan unas reglas sencillas para gozar de una “buena salud”.

Los contenidos que se desarrollan en este taller son los relacionados con: la alimentación, la salud buco-dental y los hábitos higiénicos para orinar y defecar.

Taller de actividades de la vida diaria (AVDs)

Se puede tomar como referencia el “Modelo de Desempeño Ocupacional (MDO)” (Crepeau, Cohn y Boyt, 2005; Polonio, 2001). Define el término “desempeño ocupacional” como la capacidad de realizar aquellas tareas que nos permiten desarrollar roles ocupacionales satisfactorios en función de la edad, el entorno y la cultura del individuo. Asimismo, hace una distinción entre las actividades de autocuidado, actividades productivas y actividades de ocio y juego.

Los objetivos de este taller son: desarrollar el mayor

nivel de independencia posible en las actividades de autocuidado (alimentación, baño, aseo personal y vestido), las actividades productivas (cuidado de la ropa, limpieza, manejo del dinero y actividades educativas y laborales) y las actividades de ocio y tiempo libre; favorecer el desarrollo y las destrezas necesarias atendiendo a la edad del menor; facilitar y crear un entorno favorable para su desarrollo; potenciar y fomentar las responsabilidades y colaboración en el hogar; asesoramiento familiar para un mantenimiento de los logros alcanzados.

Taller de actividades deportivas

Actividades que contribuyen al desarrollo y disfrute personal, así como a la mejora de su salud y condición física, fomentando la interacción de los individuos que conforman el taller. Como objetivos podemos encontrar: ofrecer alternativas saludables que den un uso lógico del tiempo libre; conocer los recursos deportivos que están presentes en nuestro entorno más próximo; desarrollar y/o mejorar las habilidades requeridas para acceder a los recursos públicos; aprender y/o desarrollar habilidades sociales y relaciones interpersonales, como pueda ser el manejo del dinero o usar los medios de transporte público; mejorar la salud a través del deporte; adoptar actitudes positivas en cuanto al cumplimiento de las normas dentro de un recinto público.

Taller de psicomotricidad

Los trastornos del comportamiento, déficit de atención con hiperactividad y otros más graves como los trastornos generalizados del desarrollo, suelen presentar problemas de psicomotricidad asociados al trastorno principal. Es importante señalar que, cuando hacemos referencia al término “psicomotricidad” estamos englobando en él varios aspectos del ser humano, que son: los aspectos somáticos, afectivos y cognitivos.

La intervención sobre los aspectos psicomotrices básicos como, el esquema corporal, la lateralidad, la orientación espacio-temporal, etc., repercute en un mejor desarrollo motor e intelectual del menor, así como en la relación del niño con los otros y con su entorno. El objetivo principal de esta actividad debe ir orientado a conseguir que los niños mejoren el conocimiento de su propio cuerpo y la vivencia de sí mismos, a través de una actividad que pone en juego lo afectivo, lo cognitivo y

lo motor, la educación psicomotriz. Igualmente el taller procurará: la adquisición de conciencia del propio cuerpo y la organización del esquema corporal; el dominio del equilibrio y la coordinación; el control de la inhibición voluntaria y de la respiración; e) la organización del esquema corporal; y la estructuración espacio-temporal.

Taller de estudio

Algunos autores han visto la posible cabida de la figura de un profesor de pedagogía terapéutica dentro del equipo multidisciplinar del Hospital de Día Infanto-Juvenil, ya que la mayoría de los niños que acuden a este dispositivo están en edad escolar sin olvidar que su estancia provoca una interrupción de la escolaridad normalizada.

Igualmente no debemos olvidar el desajuste edad cronológica-curricular presente en los niños que dan uso a este recurso.

Taller de juegos

Diferentes autores establecen el juego como una actividad imprescindible para el desarrollo de la personalidad, aprendiendo mediante la experimentación a relacionarse en sociedad y a resolver situaciones conflictivas. El juego es entendido como un medio necesario para el desarrollo físico, intelectual, emocional y social (Franco, 2006; Abeleira, 2005; Fodor, Morán y Molerés, 2004).

Existen distintos tipos de juegos, presentando cada uno un objetivo diferente. Así podemos agruparlos atendiendo al objetivo que se persigue: juegos de conocimiento (actividades destinados a permitir que los participantes se conozcan entre sí); juegos de afirmación (actividades que persiguen potenciar los aspectos positivos de las personas o del grupo y favorecer una situación en la que todos se sientan a gusto); juegos de confianza (actividades que tratan de fomentar y estimular la confianza en uno mismo y en el grupo); juegos cooperativos (actividades que procuran fomentar la colaboración entre los distintos participantes, generando un clima distendido de cooperación, donde todos los miembros tengan la posibilidad de participar); juegos de comunicación (actividades que procuran favorecer el desarrollo de las habilidades sociales: comunicación verbal y no verbal); juegos de solución de conflictos: son juegos que (actividades que estimulan la creatividad e imaginación a la hora de resolver conflictos).

Taller “vive el teatro”

El programa “vive el teatro” emplea el contexto de la actividad de teatro como un medio para desarrollar las habilidades sociales y la autoestima. Los usuarios de esta actividad pueden ser grupos de adolescentes con problemas de: fobia social, síndrome de Asperger, trastornos del comportamiento perturbador o trastornos de la conducta alimentaria. Aunque son heterogéneos, se pretende paliar su déficit en sus habilidades sociales y autoestima.

Como objetivos se pueden establecer: disminución de la sintomatología psiquiátrica de los menores; dotar a los pacientes de estrategias de habilidades sociales; desarrollo de la autoestima; promover un funcionamiento social adaptativo; y ofrecer alternativas saludables para la ocupación del tiempo libre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso Fernández F. “Fundamentos de la Psiquiatría actual”, 3.ª ed. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1976.
2. Alonso Fernández F. Compendio de Psiquiatría. Ed. Oteo, 2ª Edición. Madrid, 1982.
3. Ayuso Gutiérrez JL, Salvador Carrulla L. Manual de psiquiatría. Ed. McGraw-Hill-Interamericana de España. 1ª Edición. Madrid, 1992. p.p. 143-152.
4. Barcia D. Psiquiatría. Ediciones Toray, S.A. Barcelona 1985. Tomo I, Capítulo II.
5. Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Ed. Carlos Lohlé, 1972.
6. Bateson G, Ferreira AJ, Jackson DD, et al. Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica. Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, 2.ª ed, 1974.
7. Cook J Sue. Fonfaine Karen Lee. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Ed. McGraw Hill-Interamericana, 1991. Delgado HI. “Curso de psiquiatría” Barcelona. Editorial Científico-Médica, 1969.
8. Dew MA, Penkower L and Bromet EJ. Effects of unemployment on mental health in the contemporary family. Behavior Modification, 1991.
9. Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona. Editorial Ars
10. Médica, 2004.
11. Fish. “Psicopatología Clínica de Fish (Max Ha-

- milton). Signos y síntomas en Psiquiatría”, 2.ª edición. Editorial Interamericana, Madrid, 1986.
12. Fornes J., Carballal M.C. Enfermería de salud mental y Psiquiatría. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2001.
 13. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BI. “Compendio de Psiquiatría”: “Historia psiquiátrica y estado mental”. Barcelona, 1975.
 14. Fuertes Rocañín JC, Cabrera Forneiro J. La salud mental en los tribunales. Madrid: Arán, 2ª ed, 2007.
 15. Gayral L, Barcia D. Semiología Clínica Psiquiátrica. ELA.
 16. González de la Rivera JL, Vela A y Arana J. “Manual de Psiquiatría”, Madrid, 1980.
 17. Grotevant HD and Carlson CI. Family assessment. Nueva York: The Guilford Press, 1989.
 18. Henry Ey, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Ed. Masson. 8ª Edición. 1985.
 19. Higuera Aranda A, López Sánchez, JM, Jiménez Linares R. Compendio de Psicopatología, Círculo de Estudios Psicopatológicos, 3ª Ed, 1986.
 20. Isaacs, A. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Madrid: Ed. McGraw Hill, 1998. Jaspers K. “Psicopatología general”. Buenos Aires. Ed. Beta, 1963.
 21. Johnson B. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
 22. Johnson M., Maas M., Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (C.R.E.). 2ª edición. Barcelona: Harcourt Mosby; 2000
 23. Kaplan HI, Sadock BJ. “Tratado de psiquiatría”: “Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico”. 2.ª ed., Barcelona 1989.
 24. Kellam SG. Families and mental illness: current interpersonal and biological approaches. Psychiatry, 1987.
 25. Luis MT. Los diagnósticos enfermeros; Revisión crítica y guía práctica. 8ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2008.
 26. MacKinnon, RA y Yudofsky SC. “The Psychiatric evaluation in clinical practice”, Lippincott, Philadelphia, 1989.
 27. Maher B. “Principios en Psicopatología. Un enfoque experimental”, Madrid, 1970.
 28. Manual del residente en psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A y editores, 2009.
 29. Mejías, F.; Serrano, MªD. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Madrid: Ed. DAE, S.L., 2000.
 30. Minuchin S and Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1981.
 31. Minuchin S and Fishman HC. Técnicas de terapia familiar. Barcelona: Paidós, 1981.
 32. Monzón J, Girbau JP, Cejas MR. Psicología de la salud. En: Manual del Residente en psiquiatría. Madrid: ENE Life Publicidad S.A y editores, 2009: 973-980.
 33. Moor L. Glosario de Términos Psiquiátricos. Ed. Toray-Mason S.A., Barcelona, 1966.
 34. NANDA-I. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011. Philadelphia: NANDA International. 2009.
 35. Nemet L. Aménagement de l’espace et psychopathologie familiale. Perspectives Psychiatriques, 1988.
 36. Novel G, Llunch MT, Miguel MD. Enfermería psicosocial y salud mental, Barcelona: Elsevier Masson, 2000.
 37. Peplau Hildegard. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Barcelona: Ed.
 38. Salvat, 1990. Rebraca L. Enfermería psiquiátrica y de salud mental; conceptos básicos. Madrid: McGraw Hill, 2007.
 39. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de Salud mental. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson. 2001.
 40. Ruíz Ogara C, Barcia Salorio, D y López-Ibor JJ. “Psiquiatría”, 1.ª ed, Barcelona, 1982
 41. Raffy A. Sur la pathogenie des placements en famille d’accueil. Perspectives Psychiatriques, 1988.
 42. Scharfetter. Introducción a la psicopatología general. Ed. Morata. Madrid 1976.
 43. Seva Díaz A. “Psiquiatría clínica”: “La entrevista clínica psiquiátrica: la historia clínica”. Barcelona 1979
 44. Simon FB, Stierlin H and LC Wynne. Diccionario de terapia familiar. Barcelona: Gedisa, 1988.
 45. Soutullo C., Mardomingo MJ. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Ed. Panamericana. 2010.
 46. Stern T.A.; Herman J.B.; Slavin P.L. Psiquiatría en la Consulta de Atención Primaria: Guía práctica. Massachusetts General Hospital. Ed: MacGraw Hill, 2005.
 47. Swanson JW, Holzer CE, Canavan MM and

Francisco Javier Castro Molina

Elisa García Parra

Maripaz Castro Gonzalez

Josué Monzón Díaz

Felisa Vanessa Martín Casañas

Salud mental: infancia, familia y cuidados.

24

Adams PL. Psychopathology and economic status in mother-only and mother-father families. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1989.

48. Toro J, Vilardell E. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona, Ed. Martínez Roca, S.A., 1987. Vallejo Ruiloba J.

Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Ed. Masson-Salvat. 6a Edición. Barcelona, 2008.

49. Witkowski P, Kahn JP and Laxenaire M. Mutations sociales et psychopathologie familiale. *Annales Medico-Psychologiques*, 1988

M.Vidal Formoso¹, F.Montañés Rada²

¹ Servicios de Salud Mental Distrito de Arganda del Rey. Madrid.

² Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

*Aripiprazol en el autismo:
seguridad y tolerancia*

Correspondencia:

Calle Higuera 10, portal 3, 1º C. 28232. Las Rozas.
Madrid.
margavi44@yahoo.es

*Aripiprazole in autism:
safety and tolerability*

RESUMEN

El objetivo de este estudio es hacer una revisión sobre la eficacia y seguridad de aripiprazol en el tratamiento de los síntomas de irritabilidad asociados al trastorno autista. También se revisa la mejoría en otros síntomas de la escala Aberrant Behavior Checklist (ABC).

Para ello hemos revisado tres estudios. Dos son aleatorizados, doble ciego y multicéntricos, 8 semanas de duración, que evaluaban la eficacia de aripiprazol a dosis fijas (5mg/d, 10mg/d, 15mg/d) y a dosis flexibles (2-15mg/d) comparados con placebo. El tercer estudio fue un análisis post hoc de los dos anteriores y evaluó el efecto del aripiprazol en los 58 ítems de la escala ABC. Los resultados fueron significativos con aripiprazol en comparación con placebo en los siguientes ítems de la escala ABC y con todas las dosis de aripiprazol usadas: cambios rápidos de humor, gritos, patadas, movimientos repetitivos, bullucioso, constantemente corre o salta y tiende a ser excesivamente activos. Con la dosis de 15 mg /d se obtuvieron resultados significativos en un mayor número de ítems.

PALABRAS CLAVE: aripiprazol, tratamiento, niños, trastorno autista

ABSTRACT

The aim of this study is to do a review on the efficacy and security of aripiprazole in the treatment of symptoms of irritability associated with autistic disorder. Improvements in other symptoms included on the Aberrant Behavior Checklist (ABC) are revised as well.

In order to do this we have reviewed three studies. The first two are 8-week, randomized, double-blind, multicenter trials to evaluate the efficacy of both aripiprazole fixed doses (5 mg/d, 10mg/d, 15mg/d) and flexible doses (2-15mg/d) versus a placebo. The third study was a post hoc analysis of the two former, and it evaluated the effect of aripiprazol on the 58 items the ABC scale. The results were significant with aripiprazole versus a placebo on the following ABC scale items and with all aripiprazole doses used: mood changes quickly, cries/screams, stamps feet, repetitive movement, boisterous, constantly runs or jumps, and tends to be excessively active. Furthermore with the 15mg/d dose significant results were obtained for a greater number of items.

KEY WORDS: aripiprazole, treatment, children, autistic disorder.

INTRODUCCIÓN

El autismo, prototipo del espectro de los trastornos generalizados del desarrollo afecta a 2.2 niños de cada 1000 (1,2).

Muchos pacientes con trastorno autista experimentan irritabilidad, que puede manifestarse como agresiones, rabietas, cambios rápidos de humor, y comportamientos autolesivos.

La elección del tratamiento apropiado para los trastornos del espectro autista (TEA) es un tema complejo y controvertido, que hace dudar a familias y profesionales.

Risperidona (2009) y aripiprazol (2009) han sido aprobados por la U. S. Food and Drug Administration para el tratamiento de pacientes pediátricos con irritabilidad asociada con trastorno autista, incluyendo síntomas como heteroagresividad, autolesiones, rabietas y cambios rápidos de humor (3,4).

En España la risperidona está indicada para el tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en trastornos de conducta en niños ≥ 5 años y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticados de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El aripiprazol está indicado para la esquizofrenia en pacientes a partir de 15 años.

Nosotros centraremos este artículo en la revisión de la utilidad del aripiprazol en el trastorno autista, ya que el uso de risperidona ya ha sido ampliamente revisado en otros artículos (revisiones de la Health Technology Assessment Agency (HTA), la Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) y la Evidence-Based Medicine (EBM) (5-7).

En la actualidad el aripiprazol no tiene indicación en España para el tratamiento del autismo pero está pendiente de aprobación.

Aripiprazol es un antipsicótico atípico que ha demostrado eficacia y buena tolerancia en niños y adolescentes con esquizofrenia y trastorno bipolar en fase maníaca (8-11). Existen estudios que han mostrado que aripiprazol es eficaz en el tratamiento de comportamientos disruptivos en individuos con trastorno generalizado del desarrollo (12,13).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una revisión de tres artículos sobre

el uso de aripiprazol en el tratamiento de la irritabilidad asociada al trastorno autista. En un artículo se utilizó el aripiprazol a dosis fijas (5, 10, 15mg/d) (14), en otro las dosis eran flexibles (5-15mg/d) (15) y en el tercer artículo (16) se comparaban los resultados de los dos anteriores en los ítems de las 5 subescalas que componen la escala Aberrant Behavior Checklist (ABC) (17). La medida principal de eficacia en estos estudios fue la media del cambio en las puntuaciones de la subescala de irritabilidad de la escala ABC-I (subescala I, 15 ítems). Medidas secundarias de eficacia incluyeron el cambio medio en las subescalas de retirada social (subescala II, 16 ítems), comportamiento estereotipado (subescala III, 7 ítems), hiperactividad (subescala IV, 16 ítems), uso inadecuado del lenguaje (subescala V, 4 ítems). Todos los ítems fueron clasificados de 0 (no hay problema) a 3 (el problema es grave).

RESULTADOS

Los estudios anteriores fueron multicéntricos, aleatorizados, a doble ciego y controlados con placebo. Ambos estudios demostraron que el aripiprazol es seguro y generalmente bien tolerado en el tratamiento de niños y adolescentes con trastornos de conducta graves asociados al trastorno autista (14,15).

En el estudio a dosis fijas (14) fue la dosis de 15mg/d de aripiprazol la que obtuvo mejores resultados siendo significativa en comparación tanto con placebo como con las dosis menores de aripiprazol (5mg/d, 10mg/d) en un mayor número de los ítems evaluados. La proporción de pacientes con efectos secundarios no fue numéricamente mayor con la dosis de aripiprazol 15mg/d que con las dosis inferiores. Y el número de pacientes que abandonaron el estudio fue numéricamente inferior con la dosis de 15 mg/d que con dosis inferiores o placebo.

En el estudio de dosis flexibles (15) los investigadores podían administrar la dosis que ellos estimasen necesaria. Utilizaron de media 8.9 mg/d de aripiprazol y fue significativa frente a placebo en los ítems evaluados.

El tercer estudio que revisamos (16) evaluaba más exhaustivamente sobre qué ítems de la subescala de irritabilidad era eficaz el aripiprazol aunque también revisó otras subescalas de la ABC. Este estudio hacía una revisión de los resultados de los dos estudios anteriores y concluyó que fue la dosis de 15 mg/d del estudio de dosis fija la que obtuvo mayor significación estadística en casi todos los ítems de la subescala de irritabilidad excepto en

los ítems de: “autolesiones, ánimo depresivo y violencia física hacia él” en donde ninguna dosis de aripiprazol ni placebo de ninguno de los estudios fue eficaz.

Ronald N. Marcus et al (14) realizaron un estudio con dosis fijas de aripiprazol. Los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión al inicio fueron aleatoriamente asignados a recibir dosis de 5, 10, 15 mg/d de aripiprazol o placebo en una proporción 1:1:1:1.

La dosis inicial fue en todos los casos de 2 mg/d, la cual se pudo incrementar 5 mg/semanalmente hasta alcanzar la dosis asignada.

Todas las medicaciones psicotrópicas concomitantes fueron retiradas al menos 4 días antes (antipsicóticos, ansiolíticos, psicoestimulantes, estabilizadores del ánimo). Sí se permitieron dar benzodiazepinas para ansiedad, difenhidramina o hipnóticos no benzodiazepínicos para el insomnio. También se permitieron otras medicaciones psicotrópicas para imprevistos médicos. Benzotropina o propanolol se podían utilizar para el tratamiento de los síntomas extrapiramidales pero debían ser retirados al menos 12 horas antes de aplicar escalas para valorar movimientos.

Criterios de inclusión: Los sujetos tenían edades entre 6 y 17 años y cumplían criterios de trastorno autista según el DSM-IV-TR. El diagnóstico fue corroborado por la Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (18). Presentaban además comportamientos tales como irritabilidad, agitación, autolesiones o una combinación de estos síntomas. Estos comportamientos y su severidad fueron cuantificados usando la Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) y por la Aberrant Behavior Checklist (ABC) Irritability subscale (17).

La subescala de irritabilidad de la ABC consta de 15 ítems tales como “autolesiones”, “agresividad hacia otros niños y adultos”, “irritable”, “estallidos de mal genio”, “ánimo depresivo”, “cambios de humor” y “gritos y chillidos inapropiados” en una escala que va del 0 (no problema) a 3 (severo). Los pacientes de la muestra tenían que tener una puntuación mayor o igual a 18 en la entrevista de screening inicial. También tenían que tener una puntuación mayor o igual a 4 en la CGI-S.

Criterios de exclusión: diagnóstico actual de trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión mayor, síndrome del cromosoma x frágil, trastorno generalizado del desarrollo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett o trastorno

desintegrativo de la niñez. Otros criterios de exclusión incluyeron antecedentes de síndrome neuroléptico maligno, riesgo de suicidio, crisis epilépticas en el pasado, antecedentes de traumatismo craneoencefálico severo o de accidente cerebrovascular, historia concurrente de enfermedad médica inestable, pruebas de laboratorio anormales con relevancia clínica o hallazgos relevantes en el ECG, resistencia a los neurolépticos o hipersensibilidad a aripiprazol. Todos los pacientes tenían que pesar 15 Kg o más.

La principal medida de eficacia fue el cambio en las puntuaciones de la subescala de irritabilidad de la ABC. También se usaron medidas de eficacia secundarias: cambios en la escala Clinical Global Impressions-Improvement (CGI-I), cambios en otras subescalas de la ABC (retirada social, estereotipias, hiperactividad y habla inapropiada). La evaluación de seguridad se basó en la información sobre efectos adversos, signos vitales, hallazgos en el ECG, peso y pruebas de laboratorio. Para medir los efectos secundarios extrapiramidales se aplicó la Simpson-Angus Scale (SAS)(19), la Barnes Akathisia Rating Scale (20) y la Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) (21).

La media de edad de los sujetos fue de 9.7 años. Un total de 72 sujetos (33.3%) tuvieron tratamiento concomitante durante el estudio: la mayoría recibió analgésicos y antipiréticos, seguido por anticolinérgicos, ansiolíticos, hipnóticos, tranquilizantes y propanolol para el tratamiento de los efectos extrapiramidales.

En este estudio de 8 semanas, el aripiprazol fue eficaz para reducir la irritabilidad en los niños y adolescentes con trastorno autista que también presentaban irritabilidad, agitación, conducta autolesiva, o una combinación de estos síntomas. En todas las dosis, el aripiprazol mejoró significativamente la irritabilidad en comparación con el placebo, medido en la subescala de irritabilidad de la ABC. Los resultados de esta escala fueron corroboradas con la impresión clínica del médico a través de CGI-I. Además la dosis de 15 mg de aripiprazol demostró mejoría significativa respecto al placebo en la subescala de habla inapropiada de la ABC.

Todas las dosis de aripiprazol produjeron una mejoría significativamente mayor que el placebo en las subescalas de hiperactividad y estereotipias de la ABC. Se debe advertir, sin embargo, que estas subescalas no fueron diseñadas para detectar los síntomas asociados con las

dimensiones centrales del trastorno autista.

En este estudio se seleccionó una muestra de pacientes sintomáticamente complicados ya que se excluyeron a los sujetos diagnosticados de Síndrome de Asperger. Teniendo en cuenta los tamaños de muestra utilizados para cada grupo de dosis de tratamiento las desviaciones estándar conseguidas fueron muy buenas.

El aripiprazol fue generalmente bien tolerado en este estudio por lo cual la tasa de sujetos que finalizó el estudio fue alta y los abandonos debido a efectos secundarios fueron pocos (21 sujetos). No hubo abandonos en el grupo de aripiprazol debido a falta de eficacia pero sí en el grupo con placebo (un 5.8%).

Los acontecimientos adversos más frecuentes asociados al tratamiento con aripiprazol fueron sedación, temblor, y aumento de peso, y éstos rara vez ocasionaron la interrupción del tratamiento. Todos los grupos de tratamiento con aripiprazol experimentaron ganancia de peso significativamente mayor que el grupo placebo y con la dosis de 15 mg/d además ascendió el índice de masa corporal significativamente respecto al placebo. Ningún sujeto abandonó el estudio por efectos secundarios en las pruebas de laboratorio. Todas las dosis de aripiprazol fueron asociadas a descenso de los niveles de prolactina en suero. No se observaron cambios relevantes en signos vitales ni en el ECG.

Los resultados aquí presentados tienen varias limitaciones. El estudio incluyó sólo sujetos con irritabilidad asociada con el trastorno autista, y la generalización de estos resultados a una población no irritable, o para tratar la irritabilidad asociada con otros TGD, es desconocida. Además, el diseño de múltiples dosis fijas no refleja la variedad de formas de dosificación que son posibles en la práctica clínica, proporcionando así una orientación limitada sobre la dosificación. Sin embargo, este diseño nos orienta hacia la dosis mínima eficaz y la dosis máxima tolerada. Este estudio es a corto plazo por lo que no permite extraer conclusiones en cuanto a beneficios y riesgos del tratamiento a largo plazo.

Por último, las conclusiones sobre los beneficios relativos de aripiprazol en comparación con otros antipsicóticos en esta población no pueden extraerse de las conclusiones de este estudio, y sería necesario realizar estudios comparando tratamientos activos.

En conclusión, aripiprazol fue efectivo y, en general bien tolerado en el tratamiento de la irritabilidad asocia-

da con trastorno autista en niños y adolescentes por un período de 8 semanas.

Owen R. et al (15), realizaron un estudio con dosis flexibles de aripiprazol a 98 pacientes de edades entre 6-17 años que cumplían criterios según el DSM-IV de trastorno autista y tenían comportamientos tales como rabietas, agresividad, autolesiones o combinaciones de estos. El diagnóstico fue corroborado por la Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (18). Se asignaron a los pacientes aleatoriamente a dosis de aripiprazol (5, 10, 15 mg/d) y placebo. Usaron escalas como Aberrant Behavior Checklist irritability subscale (ABC) (21), la Clinical Global Impression-Improvement score (CGI-I) y la Clinical Global Impression-Severity (CGI-S). También midieron la seguridad y tolerabilidad. Se inició el tratamiento en todos los casos con 2 mg/d de aripiprazol hasta llegar a la dosis objetivo de 5,10 ó 15 mg/d. El tratamiento duró 8 semanas, las dosis se podían aumentar cuando el investigador lo consideraba apropiado pero desde la 6ª semana no se pudo aumentar la dosis.

Todas las medicaciones psicotrópicas concomitantes retiradas y permitidas durante el estudio, los criterios de exclusión, las medidas de eficacia principales y secundarias, así como las evaluaciones de seguridad basándose en informes sobre efectos adversos fueron iguales al estudio anterior (14).

Las características demográficas de ambas muestras fueron similares con una media de edad de 9.3 años.

El 36.0% del grupo placebo y el 36.2% del grupo con aripiprazol recibieron fármacos concomitantes durante el estudio. Los más frecuentes fueron analgésicos y antihipertéticos, seguidos de hipnóticos y sedantes.

La retirada del estudio debido a falta de eficacia fue de 6 sujetos en el grupo placebo y de 1 sujeto en el grupo de aripiprazol. La discontinuación del tratamiento debido a efectos secundarios ocurrió en el 6.0% en el grupo placebo y en el 10.6% en el grupo con aripiprazol. Ningún paciente tuvo que suspender el estudio debido a cambios importantes en el ECG o en las pruebas de laboratorio.

Este estudio demuestra que el aripiprazol a dosis flexible es eficaz para reducir la irritabilidad en niños y adolescentes con trastorno autista y que manifiestan irritabilidad (rabietas, agresividad, autolesiones). El aripiprazol fue significativamente más eficaz que el placebo para tratar la irritabilidad como se vio en la subescala de irritabilidad de la ABC y desde la primera semana de tratamiento cuando todos los pacientes recibían 2mg/d.

También hubo mejoría significativa con aripiprazol en las medidas de la CGI-I y desde la primera semana. El aripiprazol también fue eficaz para reducir síntomas medidos en otras subescalas de la ABC como hiperactividad, estereotipias, o habla inapropiada pero deberíamos ser cautelosos ya que estas subescalas no están diseñadas específicamente para el trastorno autista. El aripiprazol fue generalmente bien tolerado y ningún paciente tuvo efectos secundarios severos. Los más frecuentes fueron cansancio y somnolencia. Pocos pacientes experimentaron efectos secundarios extrapiramidales y solo uno requirió medicación concomitante para tratarlos. Sí hubo ganancia de peso. También se observó descenso de los niveles de prolactina en suero pero las consecuencias clínicas son desconocidas. Las limitaciones de este estudio son que no pueden extraerse los beneficios de usar aripiprazol en lugar de otro antipsicótico. Sólo se incluyó pacientes con diagnóstico de trastorno autista por lo cual los resultados no se pueden generalizar a otros trastornos generalizados del desarrollo. El estudio solo duró 8 semanas por lo cual no sabemos la eficacia y seguridad del aripiprazol a largo plazo. Este estudio no permite averiguar la dosis mínima eficaz y la dosis máxima tolerada. En la última semana del estudio los pacientes del grupo de aripiprazol (n=39) recibían 2mg/d n=2, 5 mg/d (n=13), 10mg/d (n=16) y 15mg/d n=8.

El tercer estudio que revisamos (16) (20) fue un análisis post hoc de los resultados de los estudios expuestos anteriormente. Evaluó con más precisión cuales de los síntomas específicos de irritabilidad respondían al tratamiento con aripiprazol.

El aripiprazol produjo mejoría significativa en la puntuación total de la subescala de irritabilidad de la ABC-I en comparación con el placebo en ambos estudios. Se observó mejoría estadísticamente significativa con aripiprazol en comparación con placebo ($p < 0.05$) en los siguientes ítems de la subescala de irritabilidad de la ABC-I en ambos ensayos y en todos los grupos de tratamiento: “el humor cambia rápidamente, llora / grita, y patalea / golpea objetos”. Una mejoría significativamente mayor con aripiprazol en comparación con placebo ($p < 0,05$) también se observó en el ensayo con dosis flexibles y al menos en un grupo con aripiprazol del ensayo de dosis fija para estos ítems: “agresividad hacia otros, grita inapropiadamente, rabieta, irritabilidad, las demandas han de ser atendidas inmediatamente, llora ante mínimas

lesiones, y explosiones de mal genio”. En general fue la dosis de 15mg/d la que obtuvo mejoría significativa en mayor cantidad de ítems de la subescala de irritabilidad.

Aripiprazol produjo mejoría moderada en las medidas de la conducta autolesiva, pero estas mejorías no fueron significativamente mayores que con placebo en ninguno de los estudios.

El aripiprazol no demostró mejoría estadísticamente significativa en comparación con el placebo en la puntuación total de la subescala de retirada social en ninguno de los dos estudios.

El aripiprazol produjo mejoría significativa en comparación con placebo en la puntuación total de la subescala de comportamiento estereotipado en ambos estudios. Con la dosis de 15 mg / d del estudio a dosis fijas se obtuvo mejoría significativa en un mayor número de ítems de la subescala.

También el aripiprazol produjo mejoría significativa en la puntuación total en la subescala de hiperactividad de la ABC.

El aripiprazol produjo mejoría significativa en el ítem “habla inapropiada” de la escala ABC-I en comparación con el placebo en el estudio de dosis flexibles y con la dosis de 15 mg/d en el estudio de dosis fija.

CONCLUSIONES

El aripiprazol demostró ser eficaz para reducir la irritabilidad en los niños y adolescentes con trastorno autista que también presentaban irritabilidad, agresividad, o una combinación de estos síntomas, como lo demuestran las mejorías estadísticamente significativas de las puntuaciones de las subescalas de la ABC en comparación con el placebo en dos estudios controlados con placebo (14,15).

En el estudio a dosis fijas fue la dosis de 15mg/d de aripiprazol la que obtuvo mejores resultados siendo significativa en comparación tanto con placebo como con las dosis menores de aripiprazol (5mg/d, 10mg/d) en un mayor número de ítems evaluados. La proporción de pacientes con efectos secundarios fue numéricamente menor con la dosis de aripiprazol 15mg/d que con las dosis inferiores. Y el número de pacientes que abandonaron el estudio fue numéricamente inferior con la dosis de 15 mg/d que con dosis inferiores o placebo.

En el estudio de dosis flexibles (15) los investigadores podían administrar la dosis que ellos estimasen necesaria. Utilizaron de media 8.9 mg/d de aripiprazol y fue significativa frente a placebo en los ítems evaluados.

Item	Aripiprazol												Placebo					
	Estudio dosis flexibles				Estudio dosis fijas				Estudio dosis flexibles				Estudio dosis fijas					
	Puntuación		Cambio medio desde el estado		Puntuación		Cambio medio desde el estado		Puntuación		Cambio medio desde el estado		Puntuación		Cambio medio desde el estado			
	Basal	(SE)	basal	(SE)	Basal	(SE)	basal	(SE)	Basal	(SE)	Basal	(SE)	Basal	(SE)	Basal	(SE)		
	29.6	(1.0)	-12.9	(1.4)	28.3	(1.0)	-14.4	(1.0)	30.8	(1.0)	-5.0	(1.4)	26.9	(1.0)	-8.4	(1.4)		
	1.4	(0.2)	-0.7	(0.1)a	1.1	(0.2)	-0.6	(0.1)	1.5	(0.2)	-0.4	(0.1)	1.1	(0.2)	-0.5	(0.1)		
4	2.2	(0.2)	-0.9	(0.1)	1.8	(0.1)	-1.1	(0.1)	2.1	(0.2)	-0.3	(0.1)	2.0	(0.2)	-0.6	(0.1)		
8	2.4	(0.1)	-1.2	(0.1)	2.3	(0.1)	-1.3	(0.1)	2.3	(0.1)	-0.4	(0.1)	2.0	(0.1)	-0.7	(0.2)		
10	2.6	(0.1)	-1.1	(0.1)	2.4	(0.1)	-1.3	(0.1)	2.6	(0.1)	-0.4	(0.1)	2.4	(0.1)	-0.6	(0.1)		
14	1.9	(0.1)	-0.8	(0.1)	2.0	(0.1)	-0.9	(0.1)	2.3	(0.1)	-0.5	(0.1)	1.9	(0.1)	-0.6	(0.1)		
19	2.5	(0.1)	-1.2	(0.2)	2.3	(0.1)	-1.3	(0.1)	2.4	(0.1)	-0.4	(0.2)	2.0	(0.1)	-0.7	(0.2)		
25	0.7	(0.1)	-0.4	(0.1)a	0.8	(0.1)	-0.4	(0.1)	0.9	(0.1)	-0.1	(0.1)	0.8	(0.1)	-0.3	(0.1)		
29	2.5	(0.1)	-0.6	(0.1)	2.5	(0.1)	-0.9	(0.1)	2.4	(0.1)	-0.2	(0.1)	2.2	(0.1)	-0.5	(0.2)		
34	1.6	(0.2)	-0.7	(0.2)	1.7	(0.2)	-0.7	(0.1)	1.9	(0.2)	-0.1	(0.2)	1.6	(0.2)	-0.4	(0.1)		
36	2.1	(0.1)	-1.0	(0.1)	2.3	(0.1)	-1.1	(0.1)	2.3	(0.1)	-0.3	(0.1)	2.2	(0.1)	-0.7	(0.1)		
41	2.3	(0.1)	-1.3	(0.2)	2.1	(0.1)	-1.2	(0.1)	2.5	(0.1)	-0.4	(0.2)	1.9	(0.1)	-0.5	(0.2)		
47	2.3	(0.2)	-0.9	(0.2)	2.2	(0.1)	-1.2	(0.1)	2.4	(0.2)	-0.4	(0.2)	2.2	(0.2)	-0.6	(0.1)		
50	1.3	(0.2)	-0.6	(0.1)	1.1	(0.2)	-0.6	(0.1)	1.3	(0.2)	-0.3	(0.1)	1.1	(0.2)	-0.5	(0.1)		
52	1.4	(0.2)	-0.6	(0.1)	1.1	(0.2)	-0.6	(0.1)	1.4	(0.2)	-0.4	(0.1)	1.0	(0.2)	-0.5	(0.1)		
57	2.6	(0.1)	-1.0	(0.1)	2.6	(0.1)	-1.3	(0.1)	2.6	(0.1)	-0.4	(0.1)	2.6	(0.1)	-0.8	(0.1)		

Table 1. Cambio medio ajustado desde el estado basal a la semana 8 en los items individuales de la subescala ABC-I

Tabla 2. Cambio medio ajustado desde el estado basal a la semana 8 en las puntuaciones totales de las subescalas de la ABC.																							
Aripiprazol												Placebo											
Estudio dosis flexible				Estudio dosis fija				Estudio dosis flexible				Estudio dos											
2-15 mg/d n ¼ 46				5 mg/d n=52				10 mg/d n=59				15 mg/d n=53				n=49							
ABC-I Item	Puntuación	Cambio medio desde el estado		Puntuación	Media estado	Cambio medio desde el estado		Puntuación	Media estado	Cambio medio desde el estado		Puntuación	Media estado	Cambio medio desde el estado									
		basal (SE)	1.2			basal (SE)	1.2			basal (SE)	1.1			basal (SE)	1.1	basal (SE)	1.1	basal (SE)	1.1				
Subescala de aislamiento social	19.9	1.6	-7.9	17.7	-1.4	-5.8	1.2	16.8	-1.3	-4.9	1.1	18.9	-1.4	-7.9	(1.1) ^a	18.1	-1.6	-6.2	1.1	18.0	-1.5	-5.2	1.2
Subescala de comportamiento estereotipado	11.9	0.9	-4.8	11.4	-0.8	-4.5	0.7	11.6	-0.8	-4.2	0.6	11.6	-0.8	-4.5	0.7	10.7	-0.9	-2.0	0.6	10.7	-0.8	-1.8	0.7
Suescala de hiperactividad	34.1	1.4	-12.7	33.1	-1.4	-14.0	1.6	33.7	-1.3	-13.3	1.5	32.2	-1.4	-16.3	1.6	34.7	-1.4	-2.8	1.5	31.0	-1.4	7.7	1.7
Puntuación Total	7.0	0.6	-2.5	5.8	-0.6	-2.0	0.5	6.8	-0.5	-1.8	0.4	6.3	-0.5	-2.3	0.4	7.0	-0.6	-0.4	0.4	5.9	-0.6	-1.1	0.5

En el tercer estudio revisado por nosotros (16) se hace un análisis de los ítems individuales de la ABC-I lo que sugiere que la mejoría de la irritabilidad fue debido a mejoría en los comportamientos relacionados con las rabietas, incluyendo “el humor cambia rápidamente, llora / grita, y patalea / golpea objetos”. Estos ítems mejoraron significativamente con el tratamiento con aripiprazol en ambos estudios comparado con placebo. No existió mejoría estadísticamente significativa en el ítem “conducta autolesiva”, con aripiprazol en comparación con el placebo, aunque sí hubo mejoría numérica. Como las tasas basales de autolesiones eran bastante bajas en este estudio, es difícil determinar con precisión la consistencia y la magnitud de los efectos de aripiprazol para este tipo de comportamientos. Las tasas de discontinuación fueron similares en ambos estudios para todos los grupos de tratamiento. En la subescala de irritabilidad de la ABC-I fue la dosis de 15 mg /d en el estudio de dosis fija la que obtuvo mayor significación estadística en casi todos los ítems de la subescala. El aripiprazol también dio lugar a mejorías en los ítems de la subescala de Hiperactividad de la ABC-I relacionados con un exceso de actividad física, por ejemplo, “excesivamente activo, bullicioso, inquieto, incapaz de estarse quieto, constantemente corre o salta, y tiende a ser excesivamente activo”. Sin embargo, es importante señalar que este estudio no fue diseñado para medir los efectos del aripiprazol sobre la hiperactividad en sí misma y las conclusiones definitivas sobre la hiperactividad no se deben extraer de este análisis.

El aripiprazol fue generalmente bien tolerado en estos estudios a corto plazo. La mayoría de reacciones adversas fueron de intensidad leve o moderada y ocurrieron a principios del tratamiento. La sedación y la somnolencia tendieron a desaparecer con el tiempo. Sí hubo aumento de peso por lo cual los médicos deberían controlar el peso de sus pacientes.

La decisión de iniciar el tratamiento con medicamentos en niños con irritabilidad asociada al trastorno autista debería hacerse sólo después de una evaluación minuciosa de diagnóstico y discusión de los beneficios y riesgos.

El propósito de este análisis es proporcionar datos que pueden ser utilizados para ayudar a los médicos y cuidadores a evaluar la idoneidad de la terapia con aripiprazol basándose en los síntomas clínicos de cada individuo.

También debe tenerse en cuenta que la mayoría de los sujetos de estos estudios eran hombres, como era de esperar sobre la base de la mayor prevalencia de autismo en

los varones que las hembras. Como tal, la generalización de nuestros resultados a la población femenina es desconocida. Por último, este fue un estudio a corto plazo y aunque las mejoras en algunos elementos de la ABC fueron vistas durante la duración del estudio de 8 semanas, los efectos del aripiprazol en estos síntomas a largo plazo no pueden ser evaluados en este análisis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry*. 2005;162(6):1133–1141
2. Fombonne E, Zakarian R, Bennett A, Meng L, McLean-Heywood D. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*. 2006;118(1). Available at: 1/e139
3. McCracken JT, McGough J, Shah B, et al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*. 2002;347(5):314–321
4. Shea S, Turgay A, Carroll A, et al. Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*. 2004; 114 (5). Available at: 5/e634
5. Broadstock M, Doughty C. The effectiveness of pharmacological therapies for young people and adults with autism spectrum disorder (ASD): a critical appraisal of the literature. Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment; 2003. p. 77.
6. Barnard L, Young A H, Pearson J, Geddes J, O'Brien G. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol* 2002; 16:93-101.37.
7. McCracken J T, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman M G, et al. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med* 2002; 347:314-21.
8. Findling RL, Kauffman RE, Sallee FR, et al. Tolerability and pharmacokinetics of aripiprazole in children and adolescents with psychiatric disorders: an open-label, dose-escalation study. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(4):441–446
9. Findling RL, Robb A, Nyilas M, et al. A multiple-center, randomized, double-blind, placebo-con-

- trolled study of oral aripiprazole for treatment of adolescents with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(11):1432-1441
10. Biederman J, Mick E, Spencer T, et al. An open-label trial of aripiprazole monotherapy in children and adolescents with bipolar disorder. *CNS Spectr*. 2007;12(9): 683-689
 11. Biederman J, McDonnell MA, Wozniak J, et al. Aripiprazole in the treatment of pediatric bipolar disorder: a systematic chart review. *CNS Spectr*. 2005;10(2):141-148
 12. Valicenti - McDermott MR, Demb H. Clinical effects and adverse reactions of off-label use of aripiprazole in children and adolescents with developmental disabilities. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16: 549-560.
 13. Stigler KA, Posey DJ, McDougle CJ. Aripiprazole for maladaptive behavior in pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2004; 14:455-463.
 14. Marcus RN, Owen R, Kamen L, Manos G, McQuade RD, Carson WH, Aman MG: A placebo controlled fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48:1110-1119, 2009.
 15. Owen R, Sikich I, Marcus R.N. Corey P, George L, McQuade R.D., Findling R.L. Aripiprazol in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics* 2009; 124; 1533-1540.
 16. Aman M G, Kasper W, Manos G, Mathew S, Marcus R, Owen R, Mankoski R. Line-item analysis of the Aberrant Behavior Checklist: results from two studies of aripiprazole in the treatment of irritability associated with autistic disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2010. Volume 20, Number 5:415-422.
 17. Aman MG, Singh NN. *Aberrant Behavior Checklist: Manual*. East Aurora, NY: Slosson Educational Publications; 1986
 18. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. *J Autism Dev Disord*. 1994;24(5):659-685
 19. Simpson GM, Angus JW. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1970; 212:11-19.
 20. G. Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br j Psychiatry*. 1989; 154:672-676.
 21. Guy W. *Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)*. In: *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976: 534-537. US Department of Health, Education, and Welfare publication (ADM) 76-338

Aysha Esteve Escrihuela (1), Pau Chapur Zartmann (2), Josep Cornellà i Canals (3)

(1) Psicóloga clínica. Girona.

(2) Psicólogo clínico. Coordinador de la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill. Girona.

(3) Doctor en Medicina. Paidopsiquiatra. Profesor de la Escuela EUSES-Garbí de la Universitat de Girona. Girona.

Anorexia y bulimia en una muestra de mujeres de la provincia de Girona: más allá de los criterios del DSM-IV-TR

Anorexia and bulimia in a sample of women in the province of Girona: beyond DSM-IV-TR criteria

RESUMEN

Fundamento: La anorexia y la bulimia son enfermedades cada vez más presentes en nuestra sociedad. Los objetivos de este trabajo son describir una muestra de pacientes con anorexia o bulimia incluyendo variables psicológicas (estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de angustia, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia) y observar si existen diferencias para cada una de estas variables entre pacientes con anorexia y con bulimia.

Método: La muestra está formada por 411 mujeres diagnosticadas de anorexia (44'8%) o de bulimia (55'2%) desde el año 2000 hasta principios del año 2011 que fueron atendidas por la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill, en Girona.

Resultados: Un 90'3% de la muestra tenía síntomas depresivos; un 89'5% tenía autoestima baja; un 78'1% sufría tendencia al aislamiento; el 85'9% había sufrido crisis de ansiedad; un 95'1% se sentía irritable; el 93'4% se sentía emocionalmente inestable; y un 77'1% se definía como autoexigente. Las mujeres con bulimia presentan con mayor frecuencia que las mujeres con anorexia estas características, excepto en irritabilidad y en auto-

exigencia, aspecto que las pacientes con anorexia presentan más a menudo.

Conclusiones: Estas variables tienen un peso importante en los trastornos de la alimentación, aunque éste es mayor en la bulimia en comparación con la anorexia.

Palabras clave: Anorexia. Bulimia. Ánimo depresivo. Baja autoestima. Tendencia al aislamiento. Crisis de ansiedad. Irritabilidad. Inestabilidad emocional. Autoexigencia.

ABSTRACT

Background: Anorexia and bulimia are diseases increasingly present in our society. The objectives of this paper are to describe a sample of patients with anorexia or bulimia, including psychological variables (depressed mood, low self-esteem, tendency to isolation, panic attacks, irritability, emotional instability and autoexigency) and explore if there are differences for each of these variables between patients with anorexia or bulimia.

Methods: The sample consisted of 411 women diagnosed with anorexia (44.8%) or bulimia (55.2%) from 2000 until beginning of the year 2011 that were address-

sed by the Eating Disorders Unit of the Clínica Bofill, in Girona.

Results: 90.3% of the sample had depressive symptoms; 89.5% had low self-esteem, 78.1% had a tendency to isolation; the 85.9% had experienced panic attacks, a 95.1% was feeling irritable; the 93.4% felt emotionally unstable and a 77.1% were defined as self-imposed. Women with bulimia have more often than women with anorexia these features, except for irritability and self-imposed, something that anorexics have more often.

Conclusions: These variables play an important role in eating disorders, although in bulimia are higher in comparison with in anorexia.

Keywords: Anorexia. Bulimia. Depressed mood. Low self-esteem. Trend to isolation. Panic attacks. Irritability. Emotional instability. Self-imposed.

INTRODUCCIÓN

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios cada vez más presentes en nuestra sociedad. Como promedio, la incidencia de anorexia nerviosa ha pasado de 0'37 (por año y 100.000 habitantes) en la década de los sesenta y 0'64 en la década de los setenta, a 6'3 en la década de los ochenta¹.

La definición de ambas enfermedades también ha ido cambiando con el tiempo. Feighner, Robins y Guze² fueron los primeros en definir los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, criterios ampliamente aceptados que inspiraron los criterios del diagnóstico para la anorexia nerviosa del DSM-III. En 1893, Freud describió un caso de anorexia tratado con hipnosis y un año más tarde se describió dicha enfermedad como una neurosis de la alimentación con melancolía³. El término bulimia apareció por primera vez en el DSM-III4 y en el DSM-III-TR5 adoptó el nombre de bulimia nerviosa. A pesar de ello, las definiciones que ofrece el DSM-IV-TR6 para ambas enfermedades siguen demasiado centradas en el peso y en la imagen corporal y apenas dejan lugar para otras variables de tipo psicológico que, a nuestro juicio, son más cercanas a la vivencia que tienen las pacientes de estas enfermedades.

En el caso de la anorexia nerviosa, este manual ofrece como criterios necesarios para diagnosticar esta enferme-

dad el rechazo de la persona a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla; el miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso; la alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o la negación del peligro que comporta el bajo peso corporal; en las mujeres pospuberales, se observa amenorrea. Algunos estudios cuestionan la adecuación del criterio del bajo peso⁷ y también se ha cuestionado la utilidad del criterio D (la amenorrea)^{8,9,10,11}.

En cuanto a la bulimia nerviosa, el DSM-IV-TR ofrece los siguientes criterios para su diagnóstico: la presencia de atracones recurrentes, seguidos de conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso (provocación del vómito, uso excesivo de laxantes o diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo); los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses; la autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales y la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En 1994, Braun, Sunday y Halmi¹² encontraron que el 81'9% de las pacientes de su muestra tenía, además del trastorno de alimentación, otro diagnóstico en el Eje I, de los cuales los que encontraron más frecuentemente fueron depresión, alteración de la personalidad, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, aunque observaron que estos trastornos se daban de forma posterior al trastorno alimentario. De hecho, la ansiedad constituye un fenómeno central en los trastornos de alimentación e, incluso, los altos niveles de ansiedad podrían actuar como precipitantes de estos trastornos². Diversos autores señalaron que, en relación a la anorexia nerviosa, los trastornos de ansiedad se daban en el 60% de las anoréxicas, la depresión en aproximadamente un 45% y los trastornos obsesivo-compulsivos, en un 23% de las pacientes^{13,14,15,16}. En un estudio reciente encontraron que los pacientes estudiados no sufrían depresión antes del inicio de la anorexia, por lo cual sugieren que los síntomas observados depresivos en el grupo estudiado parecen ser secundarios al curso de la anorexia¹⁷. Halvorsen et al¹⁸ encontraron que las mujeres con trastornos alimentarios tenían mayores dificultades en sus vidas privadas y mayores síntomas depresivos y ansiosos comparados con sus hermanas sanas. En contrapartida, hay quien sugiere

que en la anorexia no existe una afectación severa afectiva, emocionalmente o cognoscitivamente, en el funcionamiento psicológico de estas adolescentes¹⁹, aunque sí que se observó más frecuentemente la depresión en el grupo de pacientes con anorexia que en el grupo sin patología alimentaria.

Se puede ver, pues, que existe la tendencia a considerar este tipo de trastornos como fenómenos heterogéneos y multifactoriales que surgen de la interacción de diferentes factores psicológicos, familiares, socioculturales y biológicos². A pesar de la evolución en los criterios para diagnosticar anorexia y bulimia, lo cierto es que no existe consenso en cuanto a los requisitos necesarios para diagnosticar estas enfermedades y, muchas veces, se solapan los criterios diagnósticos de un trastorno con el otro. Esto hace que los profesionales, cuando han de tratar estas enfermedades, se centren en el patrón de ingesta de las pacientes, en sus conductas purgativas o restrictivas, se marquen como objetivo la ganancia de peso y el abandono de conductas alimentarias destructivas y resten importancia a las variables emocionales tales como el estado de ánimo depresivo, la autoexigencia que se imponen, la irritabilidad en su estado de ánimo, el retraimiento social en el que se encierran... de manera que se omiten estas variables de suma importancia en el tratamiento de estas dolencias. Así pues, la anorexia ha sido tradicionalmente tratada a través del ingreso hospitalario con el objetivo de restaurar la pérdida de peso y normalizar la alimentación y, en una segunda fase, en régimen ambulatorio para facilitar el mantenimiento de la ganancia de peso, prevenir recaídas y mejorar los síntomas psicológicos asociados²⁰.

Las relaciones sociales de las personas con anorexia y bulimia suelen estar también muy deterioradas, pues pronto empiezan a rechazar asistir a la reuniones sociales por ser muy probable en éstas la ingesta de algún alimento ("tomar un café", "ir a comer", "ir de compras"...) o por temor a no saber afrontar las situaciones con las que se pueden encontrar, como dar la opinión a la gente que le rodea sobre un tema en particular o verse obligadas a hacer algo que no les gusta pero que terminan haciéndolo para que la gente de su alrededor no tenga un mal concepto de ellas y las acabe apartando. En un estudio reciente²¹ encontraron que las hermanas sanas de las chicas con patología alimentaria mostraban una preocupación inferior por las relaciones sociales en comparación

con sus hermanas afectadas.

Piran, Kennedy, Garfinkel y Owens²² encontraron una relación clara entre los trastornos de la alimentación y ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social y otros autores²³ diagnosticaron ansiedad generalizada y fobia social en pacientes con bulimia. Así pues, entre los problemas interpersonales de las pacientes con anorexia se encuentran la evitación de conflictos, dificultades con el análisis de las expectativas, dificultades ante sus necesidades de dependencia-independencia y déficits para resolver problemas sociales²⁰, además de una gran necesidad de aprobación por parte de la gente que los rodea. Tenemos, pues, que la personas con trastornos alimentarios se marcan unos objetivos demasiado exigentes en todas las áreas de su vida y, al no conseguirlos, se ven abordadas por sentimientos de fracaso, culpa y baja autoestima, que empeoran el problema favoreciendo las conductas restrictivas y los atracones²⁴.

A todo esto se suma la importancia que toma el pensamiento dicotómico: las chicas empiezan a hacer conductas de evitación activa, como pesarse continuamente o abusar del ejercicio físico y conductas de evitación pasiva como no comer o no relacionarse con la gente²⁵ y se encierran en aquello que les aporta seguridad, principalmente en los estudios, ya que es de esta área de donde reciben reforzadores positivos que les harán sentir mejor al menos durante un tiempo.

Por ello, en el tratamiento de la anorexia es conveniente marcarse objetivos más allá del aumento del peso, tales como modificar los pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados con el trastorno alimentario, tratar las alteraciones del estado de ánimo y la baja autoestima²⁰ y, en el tratamiento de la bulimia nerviosa, es necesario establecerse como objetivos el abordaje de la autoestima en áreas distintas de las relacionadas con el peso y la figura, los estilos de afrontamiento y las estrategias de resolución de problemas²⁶. En este sentido, la experiencia clínica sugiere que la dirección dietética como único tratamiento es ineficaz tanto como intervención primaria²⁷ como para evitar recaídas²⁸ y que los programas de tratamiento psicológicos juegan un papel importante en la disminución de los síntomas asociados a la anorexia nerviosa²⁰.

Son ya algunos autores los que, en la década de los 90, utilizaron la terapia cognitiva o interpersonal para favorecer la reestructuración cognitiva y la promoción

de estrategias de afrontamiento eficaces en pacientes anoréxicas^{29,30} y otros autores^{31,32} concluyeron que las terapias que se centran no solo en la dieta y el aumento de peso sino también en los aspectos interpersonales y psicológicos eran mucho más aceptables y efectivas. Así pues, se sugiere¹⁹ que las acciones vayan encaminadas al desarrollo de las habilidades sociales, el comportamiento asertivo, resolución de los problemas, toma de decisiones... para promover una relación más satisfactoria con su entorno y evitar, así, comportamientos inadaptados como estrategia para evadir las dificultades.

El objetivo general del presente trabajo es describir una muestra de pacientes con anorexia y bulimia teniendo en cuenta criterios más amplios que los utilizados por el DSM-IV-TR e incluir aquellas variables más psicológicas y emocionales. A nivel más específico, se pretende analizar las diferencias entre las pacientes con anorexia y bulimia para cada una de las variables psicológicas exploradas: el estado de ánimo depresivo, la baja autoestima, la tendencia al aislamiento, las crisis de angustia, la irritabilidad, la inestabilidad emocional y la autoexigencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Participantes

La muestra inicial estaba formada por 469 pacientes, 22 hombres (el 4'7% de la muestra) y 447 mujeres (95'3% de la muestra) que realizaron una entrevista de admisión en la Unidad de Patologías Alimentarias de la Clínica Bofill, en Girona, desde el mes de marzo del año 2000 hasta mayo del 2011. Los pacientes, según los criterios que cumplieran, fueron diagnosticados de anorexia, bulimia o de otro trastorno alimentario no especificado. Para tener una muestra lo más homogénea posible, fueron descartados los varones y aquellos pacientes con trastornos de la alimentación no especificados o ingesta compulsiva por no ser objeto de interés del presente estudio. La muestra final fue de 411 pacientes mujeres, entre las cuales 184 (44'8%) fueron diagnosticadas de anorexia y 227 de bulimia (55'2%). La edad de las pacientes oscilaba desde los 11 años de la más joven a los 55 de la mayor (M=22'8, DT=7'728), encontrándose la mayoría de los casos entre los 14 y los 22 años.

Instrumentos utilizados

El instrumento utilizado para diagnosticar a las pacien-

tes es una entrevista semiestructurada elaborada ad hoc a partir de la entrevista utilizada en ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia, www.aluba.org), que incluye preguntas del DSM-IV, y ampliada a partir de la propia experiencia profesional del terapeuta que realiza las entrevistas de admisión (ver Anexo I). En primer lugar, se recogen los datos personales de la paciente y los nombres de los progenitores, hijos y hermanos. A continuación, se especifica el motivo de consulta, el medio por el que se conoció la existencia de la Unidad de Patologías Alimentarias y si la paciente acude a consulta por su propio pie o derivado por algún profesional. Entre otras, se le pregunta por el peso mínimo logrado, el peso máximo, el peso actual, si ha habido irregularidades en la menstruación, se le pregunta cómo se ve a ella misma para evaluar si existe o no una distorsión de la imagen corporal, si tiene miedo a engordar y si lleva o ha llevado a cabo dietas estrictas (para especificar si se trata de anorexia tipo restrictivo o purgativo). Se pregunta también por los atracones, si éstos tienen lugar y si van seguidos de conductas compensatorias tales como hacer dietas, hacer ejercicio en exceso, si se utilizan diuréticos o laxantes, si se vomita... Además, se valoran otras adicciones y si existen otras enfermedades (alergias, hepatitis...) o síntomas relacionados con estas patologías, como hipotermia, dolor de cabeza, caída del pelo, mareos o piel seca.

Las diferentes variables psicológicas relacionadas con el estado de ánimo de la paciente que se incluyen en la entrevista y que son evaluadas con una escala dicotómica Si/No son las siguientes:

- (a) Depresión, tristeza: para evaluar si la paciente presenta un estado de ánimo depresivo se le hacen preguntas sobre "cómo se siente de ánimo" o si "se siente más triste de lo habitual".
- (b) Baja autoestima: se pregunta a la paciente "cómo se siente consigo misma", si "tiene un concepto positivo o negativo de ella"...
- (c) Aislamiento: para evaluar la tendencia al aislamiento se le pregunta si "se ha distanciado de sus amigos/as" o si "se ha aislado socialmente".
- (d) Angustia, ansiedad: se pregunta a la chica si "a menudo se siente ansiosa o nerviosa".
- (e) Irritabilidad: se le plantea a la paciente si "se encuentra irritable la mayor parte del tiempo", si "se molesta fácilmente por cualquier cosa" o si "cualquier cosa por

pequeña que sea le pone de mal humor”.

- (f) Inestabilidad emocional: entre otras, se pregunta a la paciente si “su humor cambia rápidamente a lo largo del día” o si “durante el día experimenta subidas y bajas en su estado de ánimo”.
- (g) Autoexigencia: se le pregunta si “es exigente consigo misma” por ejemplo, a nivel académico, o si “es muy perfeccionista”.
- (h) Agresividad: se evalúa si “a menudo se muestra agresiva”, consigo misma o con los demás.
- (i) Ideas de desesperanza: si “ha pensado en la muerte” o “ha tenido ideas relacionadas con la muerte y el suicidio”.
- (j) Intentos de suicidio: se pregunta a la paciente si “ha llevado a cabo algún intento de suicidio” y se le pide que lo describa si éste tuvo lugar.

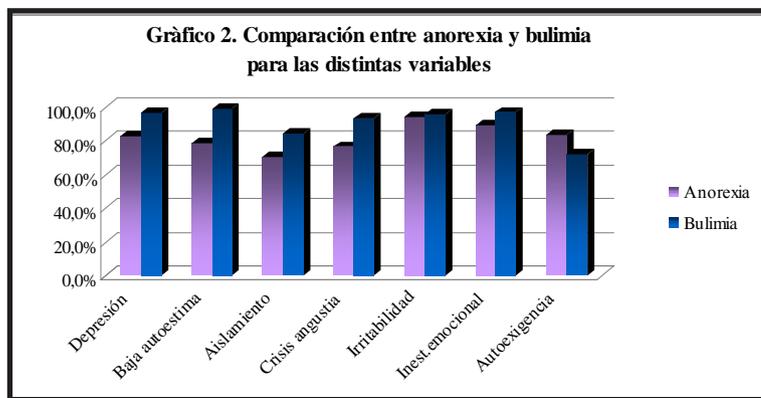
La información recopilada en esta fase de la entrevista será la que se analizará en el presente estudio con el fin de detectar en qué medida estas variables se dan de forma recurrente en la anorexia y la bulimia, a excepción de las variables agresividad (descartada porque no quedaba claro si se refería a agresividad hacia los demás o hacia una misma), ideas de desesperanza e intento de suicidio, que no fueron analizadas por no ser objeto de interés en el presente estudio.

En la entrevista se evalúa también si la paciente presenta síntomas psicóticos, si es consciente de la enfermedad y si había sido tratada con anterioridad de anorexia/bulimia y a continuación se establece el diagnóstico según el DSM-IV-TR y el CIE-10. Se pregunta también por los antecedentes hereditarios de padre, madre, hermanos, abuelos y tíos y otros datos que puedan ser de interés.

RESULTADOS

En la muestra analizada se observa un elevado porcentaje de pacientes con trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) que presentan síntomas depresivos, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de angustia, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia, variables que se proponen como identificativas de los trastornos alimentarios más allá de los criterios ofrecidos por el manual DSM-IV-TR. Así, un 90’3% de la muestra afirmaba tener síntomas depresivos, frente a un 9’7% que negaba

tenerlos; un 89’5% de las pacientes confesaba tener una autoestima baja, mientras que un 10’5% decía tener una autoestima normal; un 78’1% de las chicas confirmaba que se había ido alejando paulatinamente de su círculo de amigos/as (tendencia al aislamiento), aunque un 21’9% decía que esto no le había pasado; el 85’9% de ellas dijo que había sufrido crisis de angustia o ansiedad frente el 14’1% que no las tenía; 391 pacientes (95’1%) manifestaron que se sentían irritables, mientras que 20 (4’9%) no lo estaban; el 93’4% de la muestra afirmaba que se sentía emocionalmente inestable, frente el 6’6% que negaba estarlo; finalmente, un 77’1% de las chicas se definían como autoexigentes consigo mismas, en contraposición al 22’9% que decía que no lo era. Estos datos se presen-



tan en el gráfico 1, donde pueden observarse claramente las diferencias existentes.

Al explorar las diferencias entre anorexia y bulimia para cada una de estas variables, con el fin de poder sugerir que existen diferencias notables entre estas dos enfermedades, para la variable “síntomas depresivos”, observamos que un 82’6% de las chicas diagnosticadas con anorexia y un 96’5% de las chicas con diagnóstico de bulimia presentaba esta sintomatología. Existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=22,244$, $p<0,0005$) en el sentido que las chicas diagnosticadas de bulimia presentan en mayor porcentaje sintomatología depresiva en comparación con las chicas que tienen anorexia.

En cuanto a la variable “baja autoestima”, cabe señalar que un 78’3% de las chicas con anorexia y un 98’7% de las chicas con bulimia consideran tener la autoestima baja. Se observan de nuevo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=45,225$, $p<0,0005$) en el sentido que

las pacientes con bulimia presentan baja autoestima más a menudo que las chicas con anorexia.

Un 70'1% de las chicas diagnosticadas de anorexia presentaba "tendencia al aislamiento", mientras que un 84'6% de las chicas con bulimia hacia lo propio. Para esta variable, existen diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{1}=12'446$, $p<0'0005$) en relación a que las mujeres con bulimia muestran más frecuentemente tendencia al aislamiento que las pacientes con anorexia.

Para la variable "crisis de angustia/ansiedad", el 76'6% de las mujeres con anorexia y el 93'4% de las pacientes con bulimia dicen haber sufrido crisis de este tipo. Nuevamente, se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{1}=23'557$, $p<0'0005$) en el sentido que las mujeres diagnosticadas de bulimia sufren crisis de angustia/ansiedad con más frecuencia que aquellas diagnosticadas de anorexia.

En cuanto a la variable "irritabilidad", un 94% de las chicas con anorexia y un 96% de las chicas con bulimia presentaban esta característica. En este caso, no

Finalmente, para la variable "autoexigencia", un 83'7% de las chicas con anorexia y un 71'8% de las chicas con bulimia presentaban esta característica. Se observan de nuevo diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{1}=8'144$, $p=0'004$), cosa que indica que las mujeres con anorexia son autoexigentes en mayor medida que las mujeres con bulimia. Para ser más ilustrativos, en el gráfico 2 se presentan estos resultados.

DISCUSIÓN

Los resultados aquí analizados muestran cómo un elevado porcentaje de las pacientes con anorexia y bulimia presentan un estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia, en concordancia con otros estudios (véase 2,13,14,15,16,18,19,22,23). Nuestros datos sugieren que estas variables de tipo psicológico y emocional podrían sumarse a los criterios ofrecidos por el manual DSM-IV-TR como aspectos importantes en el diagnóstico de la anorexia y la bulimia para así ampliar la definición de estos trastornos alimentarios incluyendo variables psicológicas que, hasta ahora, no se consideraban como características de estas enfermedades.

Otra de las conclusiones a las que se puede llegar en este estudio es que las mujeres con bulimia parece que presentan un estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad y inestabilidad emocional con mayor frecuencia que las mujeres con anorexia, aunque las chicas anoréxicas parece ser que son más autoexigentes que las bulímicas. Sugerimos, pues, que a pesar de la importancia que tienen estas variables en estos dos tipos de trastornos

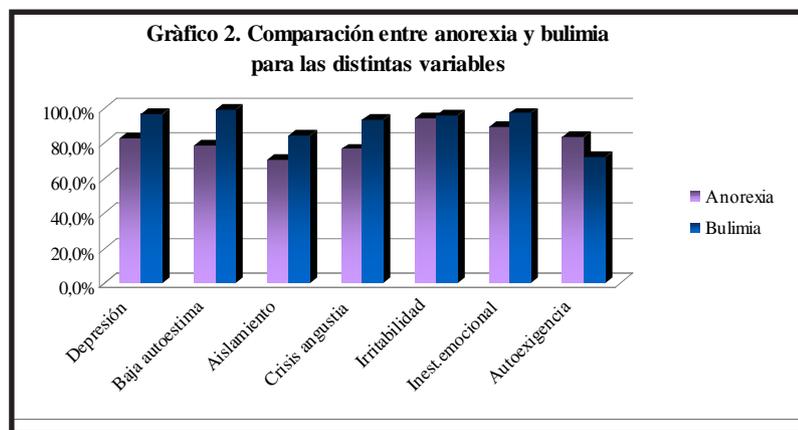
alimentarios, éstas pueden tener mayor peso en la bulimia en comparación con la anorexia.

Si nuestros hallazgos fueran ciertos, se abrirían nuevas líneas de tratamiento para la anorexia y la bulimia, centradas en el trabajo psicológico que ha de hacer el paciente sobre su estado de ánimo, su autoestima, sus relaciones sociales, su ansiedad, su humor irritable, su estado emocional y la autoexigencia a la que se somete, guiado por el terapeuta para conseguir mejoras en estos puntos tal y como ya han sugerido algunos autores^{20,26}.

se observan diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2_{1}=0'89$, $p=0'345$), cosa que indica que las pacientes con anorexia y bulimia presentan irritabilidad en la misma medida.

En relación a la variable "inestabilidad emocional", un 89'1% de las pacientes que presentaban anorexia y un 96'9% de las chicas con bulimia afirmaban sentirse inestables emocionalmente. Esta vez, las diferencias observadas son estadísticamente significativas ($\chi^2_{1}=10'037$, $p=0'002$) en el sentido que las mujeres con bulimia manifiestan inestabilidad emocional con mayor frecuencia que aquellas con anorexia.

Gráfico 2. Comparación entre anorexia y bulimia para las distintas variables



que aquellas con anorexia.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los datos del presente estudio no fueron recogidos exclusivamente con el fin de realizar un estudio con ellos sino que fueron registrados durante la práctica profesional por ser de utilidad en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes. La decisión de analizar estos datos fue a posteriori, por lo que existen algunas limitaciones a nivel metodológico que nos gustaría comentar.

Por un lado, en el diagnóstico del trastorno alimentario podría usarse un instrumento confeccionado especialmente para ello, como podría ser el Inventario de Trastornos Alimentarios, más conocido como EDI por las siglas de la versión original inglesa Eating Disorder Inventory. Este instrumento consta de 8 subescalas: la preocupación por estar delgada, bulimia, la insatisfacción corporal, la ineficacia, el perfeccionismo, la desconfianza interpersonal, la conciencia interoceptiva y el miedo a madurar. Otro instrumento que podría utilizarse es la Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED-IV), una entrevista semiestructurada que consta de 20 ítems evaluables en una escala tipo Likert de 1 a 5 que corresponden a los criterios del DSM-IV y que permite diferenciar entre anorexia, bulimia y comedores compulsivos, aunque sólo está disponible la versión inglesa. Ambos instrumentos son citados por Mateos-Parra y Solano-Pinto³ como algunos de los instrumentos que se utilizan más frecuentemente en la evaluación de los trastornos alimentarios.

Por otro lado, las variables psicológicas estudiadas (estado de ánimo depresivo, baja autoestima, tendencia al aislamiento, crisis de ansiedad, irritabilidad, inestabilidad emocional y autoexigencia) fueron evaluadas en la entrevista con una pregunta de respuesta dicotómica (sí o no). Dado que se trata de constructos complejos, deberían ser evaluados a través de instrumentos ya establecidos y válidos para tal uso, como las entrevistas especialmente diseñadas para evaluar la psicopatología asociada a estas enfermedades que proponen Mateos-Parra y Solano-Pinto en su artículo³: la Brief Interview Secondary Psychopathology (BISP) elaborada por Williamson et. al. (1990), que explora aspectos generales y específicos de los trastornos alimentarios o la Clinical Eating Disorder Rating Instrument (CEDRI), de Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik (1987), que consiste en 35 ítems que evalúan conductas y actitudes que comúnmente presen-

tan las personas con trastornos alimentarios.

Finalmente, nos gustaría señalar que sería interesante en futuros estudios ampliar la muestra recogiendo datos de otras pacientes asistidas en otros centros sanitarios, así como realizar un estudio comparativo con pacientes sanas. También consideramos importante poder profundizar en el estudio de este tipo de trastornos con metodologías cualitativas, aplicando instrumentos como las entrevistas en profundidad o los grupos de discusión. Si estos estudios posteriores mejor planificados a nivel metodológico encontraran resultados similares a los obtenidos en el presente artículo, podrían plantearse cambios importantes en el abordaje de la anorexia y la bulimia, pues los tratamientos podrían ir enfocados a trabajar los aspectos psicológicos afectados en vez de centrarse tan solo en el cuerpo y en el trabajo de la imagen corporal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz PM. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes de Zaragoza [tesis doctoral]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2000.
2. Feighner JP, Robins E, Guze SB. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry. 1972; 26: 57-63.
3. Mateos-Parra A, Solano-Pinto N. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosas. Revista electrónica de psicología. 1997; 1 (1). Disponible en versión electrónica: http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1445/1/psicologiacom_1997_1_1_3.p df
4. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). 3ª Ed. Barcelona: Masson; 1980.
5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R). 3ª Ed. Rev. Barcelona: Masson; 1987.
6. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). 1ª Ed. Rev. Barcelona: Masson; 2009.
7. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? Int J Eat Disord. 2009; 42: 581-9.
8. Gendall K, Joyce P, Carter F, McIntosh V, Jordan J, Bulik C. The psychobiology and diagnostic sig-

- nificance of amenorrhea in patients with anorexia nervosa. *Fertil Steril*. 2006; 85: 1531-5.
9. Mitchell JE, Cook-Myers T, Wonderlich SA. Diagnostic criteria for anorexia nervosa: looking ahead to DSM-V. *Int J Eat Disord Suppl*. 2005; 37: S95-97.
 10. Poyastro-Pinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH, et al. Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 424-34.
 11. Wilfley DE, Bishop ME, Wilson GT, Agras WS. Classification of eating disorders: toward DSM-V. *Int J Eat Disord Suppl*. 2007; 40: S123-129.
 12. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. 1994; 24 (4): 859-867.
 13. Santonastaso P, Pantano M, Panarotto L, Silvestri A. A follow-up study on anorexia nervosa: clinical features and diagnostic outcome. *European Psychiatry*. 1991; 6: 177-185.
 14. Halmi KA, Ecker TE, Marchi P, Sampugnaro V, Apple RY, Cohen J. Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 712-18.
 15. Herpertz-Dahlmann BM, Wetzler C, Schultz EY, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* . 1996; 19: 335-344.
 16. Bulik CM, Sullivan PF, Carter FA, McIntosh VV, Joyce PR. Predictors of rapid and sustained response to cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1997; 26: 137-144.
 17. Janas-Kozik M, Krzystanek M, Stachowicz M, Krupka-Matuszczyk I, Janas A, Rybakowski JK. Bright light treatment of depressive symptoms in patients with restrictive type of anorexia nervosa. *J Affect Disord* . 2011; 130 (3): 462-5.
 18. Halvorsen I, Andersen A, Heyerdahl S. Girls with anorexia nervosa as young adults: self-reported and parent-reported emotional and behavioural problems compared with siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry* . 2005; 14 (7); 397-406.
 19. García-Alba C, Germain J. Anorexia and Depression: depressive comorbidity in anorexic adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*. 2004; 7 (1): 40-52.
 20. Saldaña C. Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. 2001; 13 (3): 381-392.
 21. Abbate-Daga G, Amianto F, Fassino S, Morando S, Sobrero C. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: what prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Res*. 2011; 187 (3): 401-8.
 22. Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1985; 173 (7): 395-400.
 23. Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA, Howard LJ. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R Anxiety Disorders. *J Abnorm Psychol*. 1992; 101 (4): 675-681.
 24. Brownell KD. Personal responsibility and control over our health: when expectation exceeds reality. *Health Psychol*. 1991; 10: 303-10.
 25. Vera MN. El cuerpo, ¿culto o tiranía? *Psicothema*. 1998; 10 (1): 111-25.
 26. Bell C, Bulik C, Clayton P, Crow S, Davis DM., DeMaso DR, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (1): 1-39.
 27. Serfaty MA. Cognitive therapy versus dietary counselling in the outpatient treatment of anorexia nervosa: effects of the treatment phase. *Eur Eat Disord Rev* 1999; 7: 334-50.
 28. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the post-hospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2046-9.
 29. Garner DM. Individual psychotherapy for anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 1985; 19: 423-33.
 30. Hall AY, Crisp AH. Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: Outcome at one year. *Br J Psychiatry*. 1987; 151: 185-191.
 31. Treasure J, Schmidt U. Anorexia nervosa. *Clin Evid* 2002; 7: 824-33.
 32. Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben Tovim D, Yong P. Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4): CD003909.

M. Fernández Pérez (1), A.I. Iglesias Carbajo(2).
(1)Pediatra, Psicólogo. Centro de Salud de La Felguera, Área Sanitaria VIII de Asturias.
(2)Farmacéutica. Gerencia de Atención Primaria, Área Sanitaria VIII de Asturias.
Centro de Salud de La Felguera, Asturias.

Correspondencia:

maximino.fernandezz@sespa.princast.es

Estimacion de la prevalencia del trastorno por deficit de atencion con/ sin hiperactividad en tratamiento con metilfenidato en Asturias (España) mediante el consumo del principio activo desde el año 2002 al 2010.

Estimation of the prevalence of attention deficit disorder with or without hyperactivity under methylphenidate treatment in Asturias (Spain) through consumption of the active ingredient from 2002 to 2010.

RESUMEN

Introducción. El consumo de metilfenidato puede emplearse para estimar la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) en tratamiento farmacológico y por ende, la prevalencia mínima del trastorno. Para su cálculo se necesita conocer la Dosis Habitante Día (DHD) de metilfenidato, que resulta de considerar el número de dosis diarias definidas (DDD) del principio activo en relación con la población diana durante un año. El objetivo del estudio era conocer la prevalencia del TDAH tratado en la población infantil hasta 14 años y de manera particular en la de 6 a 14 años en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias (España), tanto globalmente como para las distintas Áreas Sanitarias.

Material y métodos. Se dispuso de los registros del consumo del principio activo metilfenidato en sus distintas presentaciones, en Asturias desde el año 2002 hasta el 2010. También se dispuso de los datos poblacionales de las cohortes pediátricas (0-14 años desde 2002 a 2010 y de 6-14 años en el año 2010) de las distintas Áreas Sanitarias con el fin de realizar el cálculo de la DHD de metilfenidato para dichas poblaciones.

Resultados. La prevalencia del TDAH tratado en Asturias en el año 2010 fue de 4,111 x 1000 niños entre 0 y 14 años, es decir, el 0,41% de la población infantil. Si la tasa se relaciona sólo con el grupo de población de 6 a 14 años, en 2010 la prevalencia es del 0,73%. El Área Sanitaria de Langreo obtuvo la mayor DHD de metilfenidato en el ejercicio 2010, 6,900 x 1000 niños, lo que equivale al 0,69% de prevalencia para toda la población infantil, mientras que se eleva hasta el 1,24% si se considera sólo la población de 6 a 14 años. Se objetiva un crecimiento continuo en las cifras de prevalencia, pero con una importante variabilidad entre las Áreas Sanitarias.

Conclusiones. En relación con las cifras de prevalencia españolas publicadas, que oscilan entre el 5 y 6%, la prevalencia hallada en nuestra población es inferior. Se discute el porqué de esta discrepancia y se hace una comparación con los datos de países de nuestro entorno socio-económico.

Palabras clave: Dosis Habitante Día. Farmacoepidemiología. Metilfenidato. Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad. Prevalencia. Variabilidad.

ABSTRACT

Introduction. The consumption of methylphenidate can be used to estimate the prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in pharmacological treatment, thus the minimum prevalence of the disorder. For this to be calculated, we need to know the daily doses of methylphenidate per 1000 inhabitants per day, which is obtained out of the relation between the number of daily defined doses (DDD) and the target population. The goal was to know the treated ADHD's prevalence amongst population of children up to fourteen years old and particularly population of children from 6 to 14 in the Autonomous Community of the Principality of Asturias (Spain), both globally and in the different Sanitary Areas.

Material and methods. We had the records of the consumption of methylphenidate, in its different preparations, in Asturias from 2002 through 2010. At our disposal, as well as information about pediatric cohorts (0-14 years from 2002 at 2010 on and 6-14 years in 2010's test) of all Sanitary Areas with the purpose of calculating the daily doses of methylphenidate per 1000 inhabitants per day in the aforesaid populations.

Results. The prevalence of the treated ADHD in Asturias by 2010 was of 4.111 per 1,000 inhabitants, which represents 0.41% of the child population. Amongst the population from 6 to 14 years, in 2010 the prevalence was of 0.73%. The Sanitary Area of Langreo obtained the highest daily doses of methylphenidate per 1000 inhabitants per day in 2010's test, with a percentage of 0.69% (6.900 per 1,000 inhabitants) of prevalence amongst child population, whereas the population from 6 to 14 years had a 1.24%. We objectify a continued growth for prevalence figures, but with an important variability in the Sanitary Areas.

Conclusions. In relation with the published Spanish prevalence figures, which range from 5 and 6%, the found prevalence in our population is lower. We discuss the reason of this discrepancy and we compare with the data of countries within our socioeconomic environment.

Key words: Daily Dose per Inhabitant. Pharmacoepidemiology. Methylphenidate. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Prevalence. Variability.

INTRODUCCION

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con/sin Hiperactividad (TDAH) en España ha sido y es objeto prioritario de estudio en los últimos años. Un trabajo (1) realizado en 2008 con base poblacional y en edad escolar, realizado en las Islas Baleares (España), mostró una prevalencia de 4,7%, mientras que un posterior estudio realizado con la misma metodología para la edad escolar, llevado a cabo en la Castilla y León (2), encontró el 6,6%.

Por un procedimiento distinto, se puede estimar la prevalencia de TDAH a partir del consumo de metilfenidato (MTF). Mediante una base centralizada que registra el consumo de medicamentos (la facturación de recetas del Sistema Nacional de Salud, en este caso del Servicio de Salud del Principado de Asturias), se pueden calcular el número de Dosis Diarias Definidas (DDD) y la DDD por 1.000 habitantes y día, es decir, la Dosis Habitante Día (DHD) para el principio activo MTF, tanto para las formulaciones clásicas, de liberación inmediata, como para las más recientes formulaciones de liberación prolongada.

Esta metodología, habitualmente empleada en los países desarrollados para los estudios de utilización de medicamentos, permite hacer comparaciones y evaluar las tendencias del consumo entre las diferentes poblaciones y dentro de una misma región.

El objetivo del trabajo era dar a conocer los datos de prevalencia del TDAH, estimados por la DHD de MTF en Asturias, y compararlos con otros previos de nuestro entorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño:

Se realizó un estudio de utilización de medicamentos de carácter descriptivo retrospectivo, cuya variable principal era el consumo de MTF, medido como número de DDD, y con el tiempo (año) como unidad de observación.

Ámbito y periodo del estudio

Pediatría de Atención Primaria de Asturias en los años 2002-2010.

Fuentes de información

Consumo

Se utilizó la información sobre facturación de recetas

del Sistema Nacional de Salud que gestiona el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Esta base de datos contiene el número de envases dispensados en oficinas de farmacia con cargo al SESPA y se nutre a partir de los datos suministrados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos. No se incluye, por tanto, el consumo a cargo de mutualidades (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) o de otras entidades aseguradoras, ni el consumo hospitalario, ni el procedente de recetas privadas, ni la dispensación sin receta.

La información de la facturación mensual correspondiente a los 108 meses del periodo a estudio (2002-2010) fue por el SESPA agregada por código nacional de medicamentos y expresada en número de envases.

Cálculo de la cantidad de principio activo

Se utilizó la base de datos NOMENCLATOR DIGITALIS del Ministerio de Sanidad y Consumo, a fecha de diciembre 2010, para poder transformar los datos de envases consumidos en cantidad de principio activo. En esta base de datos se describen, para cada medicamento, los datos necesarios para realizar dichas transformaciones,

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	6 a 14 años
JARRIO	3.909	3.919	3.838	3.734	3.701	3.633	3.658	3.615	3.673	2.071
CANGAS	2.657	2.569	2.429	2.351	2.215	2.180	2.120	2.095	2.068	1.216
AVILES	13.458	14.193	14.155	14.108	13.729	14.155	14.395	14.469	14.824	8.248
OVIEDO	30.354	28.354	30.305	30.563	33.818	31.815	32.303	33.236	34.331	18.993
GIJON	24.382	25.281	25.874	26.487	26.278	27.258	27.890	28.840	29.217	16.283
ARRIONDAS	4.108	4.167	4.218	4.215	4.112	4.110	4.264	4.347	4.355	2.589
MIERES	6.311	6.098	5.918	5.744	5.493	5.451	5.458	5.472	5.527	3.207
LANGREO	7.022	6.858	6.779	6.669	6.579	6.699	6.731	6.899	6.973	3.890
Total	92.201	91.439	93.516	93.871	95.925	95.301	96.819	98.973	100.968	56.497

Tabla 1. Población infantil adscrita a los cupos de pediatría en Asturias (años 2002-2010)

nes, que son:

- Principio activo, codificado de acuerdo a la clasificación Anatomical Therapeutic Chemical (ATC): N06BA04 (3).
- Valor de la DDD: 30 mg.
- Contenido o tamaño del envase: nº de unidades de dosificación (comprimidos, cápsulas.)
- Dosis por unidad de dosificación: cantidad de principio activo expresada en unidades físicas (mg).

Población

Las cifras de población utilizadas corresponden a las asignadas cada año para pediatría de Atención Primaria por los Servicios Centrales del SESPA y se obtuvieron de

la Base de Datos Central de Tarjeta Sanitaria; también se utilizaron las cifras correspondientes al grupo de edad de 6 a 14 años en el año 2010 (Tabla 1).

Parámetros de medida

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, los consumos de MTF se han expresado como número de DDD dispensadas anualmente durante los nueve años del período de estudio y como DHD.

La DDD es la dosis media de mantenimiento diaria de un fármaco cuando se usa para su indicación principal en adultos. Es una unidad técnica de medida y no necesariamente refleja la dosis diaria realmente prescrita o utilizada por el paciente, aunque debería aproximarse a ella. Las DDD de los principios activos se establecen por la OMS y están publicadas en la web de WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (3) y en el Ministerio de Sanidad español (4).

La DHD da una idea de la proporción de población expuesta a un determinado fármaco. Una utilización de “n” DHD en un año determinado puede ser interpretada como si cada día de dicho año un promedio de “n” de cada 1.000 habitantes hubiesen recibido una DDD del medicamento.

Los datos presentados se han realizado con la versión ATC/DDD del año 2010.

Cálculos

Número de DDD

El cálculo del número de DDD que contiene cada envase se obtiene de la forma siguiente:

$$\text{Número de DDD por envase} = \text{Dosis Unidad} \times \text{Contenido} / \text{DDD}$$

Una vez obtenido el número de DDD que hay en cada envase, se multiplica por el número de envases consumidos de cada medicamento.

Para calcular el número de DDD de MTF, se suma el número de DDD de todos los medicamentos que contienen este principio activo.

Número de DHD

Para poder comparar los consumos a lo largo del periodo de tiempo estudiado, teniendo en cuenta los cambios

poblacionales, se ha utilizado el número de DHD.

$$\text{Número de DHD} = \text{Número de DDD} \times 1.000 \text{ habitantes} / \text{Población} \times 365 \text{ días}$$

Una vez procesados los datos fueron analizados mediante los programas Access 2000 y Excel 2000, de Microsoft.

Análisis estadístico

Para analizar la evolución del uso del fármaco en los diferentes años se ha utilizado el odds ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95% respecto al año 2002.

RESULTADOS

La tasa en Asturias fue de 0,322 DHD/1.000 habitantes/día en 2002, y de 4,111 DHD/1.000 habitantes/día en 2010, como se muestra en la figura 1, lo que significa que en estos años se ha multiplicado por 13.

En 2010 se encontraron tasas en torno a 7 casos por 1.000 en Langreo, mientras que las cifras más bajas son las de Jarrío y Cangas, con tasas de 1,21 y 0,80.

El crecimiento del consumo de MTF es uniforme y constante desde 2002 hasta 2010 (año de referencia, OR=1), con una variación ascendente del OR desde 0,063 (IC

Tabla 2. Análisis de tendencia del consumo de metilfenidato en Asturias, años 2002-2010.

Año	DHD	OR	IC 95%
2002	0,322	0,063	0.044- 0.092
2003	0,479	0.094	0.069- 0.128
2004	0,778	0.153	0.119- 0.195
2005	1,709	0.334	0.279- 0.399
2006	2,302	0,452	0.386- 0.529
2007	2,764	0,541	0.466-0.628
2008	3,009	0,590	0.511-0.681
2009	3,678	0,722	0.631-0.826
2010	4,111	1,000	-

del 95%: 0,044-0,092), y con significación estadística todos los años analizados (Tabla 2).

Ya que la prescripción de MTF no se indica en menores de 6 años, para una mejor estimación de la prevalencia no se debe utilizar como denominador la población pediátrica total sino sólo la población de 6 a 14 años, ya que realmente éste es el grupo de edad al que se dirige la prescripción de MTF. Al referir los datos totales de prescripción pediátrica a este subgrupo de población

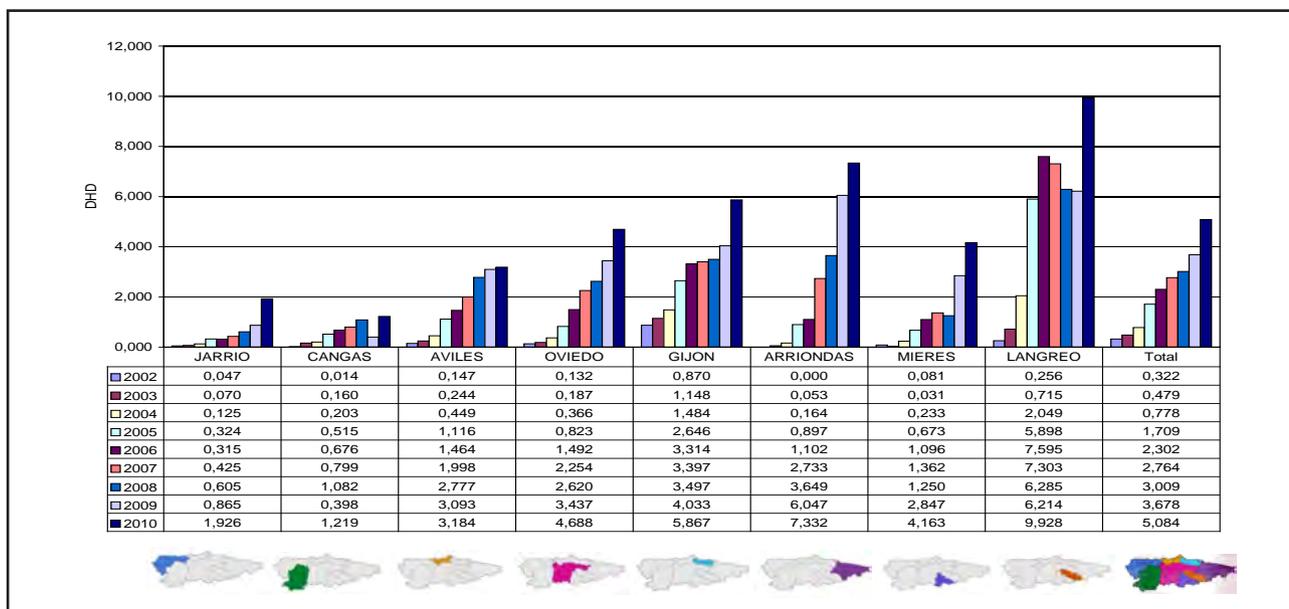


Figura 1. Evolución del consumo de metilfenidato en DHD por Áreas Sanitarias en Asturias desde 2002 a 2010. Población de 0 a 14 años.

*En la base de la figura se enfatiza la localización geográfica de cada Área Sanitaria.

vemos como en el año 2010, los consumos muestran la misma distribución entre Áreas que para toda la población infantil, si bien en mayor proporción, como se aprecia en la Tabla 3.

La prevalencia estimada en Asturias en el último año evaluado fue del 4,111 x 1.000 habitantes para el conjunto de la población pediátrica, o lo que es lo mismo, el 0,41%, con datos basados en el censo de la población adscrita al pediatra desde 0 a 14 años. Sin embargo, es más correcto relacionar los datos de consumo sólo con la población escolar, ya que es a partir de 6 años cuando se indica por ficha técnica esta prescripción. Las tasas de prevalencia para dicha población, alcanzan un máximo de 12,369 x 1.000 o lo que es lo mismo el 1,24% de niños escolares en el Área de Langreo, estando la media en el 7,346 x 1.000 habitantes, o lo que es lo mismo, un 0,73%.

La variabilidad entre Áreas es amplia con un rango que va, para toda la población infantil, desde el 0,08% de Cangas al 0,69% de Langreo, mientras que para la población escolar varía entre el 0,14% de Cangas y el 1,24% de Langreo.

En el total de Asturias, al igual que en cada Área Sanitaria, se aprecia un incremento anual paulatino en la prescripción de MTF por parte del pediatra de Atención Primaria. El uso se acentúa a partir de 2004, año en que se empezaron a comercializar las formas de liberación prolongada.

DISCUSION

En nuestro país se conocen datos de la prevalencia del TDAH mediante estudios de base poblacional (1,2), según los cuales oscila entre el 5 y el 6% de la población en edad escolar, bastante alejada del 0,91% de nuestro estudio. Cabe destacar que los estudios poblacionales buscan síntomas clínicos compatibles con TDAH según el criterio pre-establecido, básicamente en función de categorías como el DSM-IV en nuestro medio (y más raramente la CIE-10), y tras ese cribado inicial se deben establecer los diagnósticos finales, por lo que es posible que pueda existir una discrepancia entre la sospecha clínica y el diagnóstico final. En nuestro caso la situación era la contraria, se partía de prescripciones basadas en

Tabla 3. Consumo de metilfenidato en DHD por Áreas Sanitarias y en el total de Asturias en 2010. Población de 6 a 14 años.

JARRIO	2,150
CANGAS	1,363
AVILES	5,435
OVIEDO	7,486
GIJON	7,928
ARRIONDAS	11,390
MIERES	4,748
LANGREO	12,369
Total	7,346

diagnósticos, fundamentalmente en los criterios del DSM-IV.

Una posible explicación de la discrepancia entre las cifras expuestas parte de un supuesto infradiagnóstico del TDAH en las consultas del pediatra. Otra explicación vendría dada por un adecuado diagnóstico del TDAH pero con tratamiento predominantemente no farmacológico (familiar, educativo, psicológico). Finalmente otra explicación se basaría en que el TDAH se diagnostica poco, en general, y además se trata farmacológicamente poco con MF. Posiblemente los datos traduzcan una conjunción de situaciones y no solo una: al infradiagnóstico latente en las consultas del pediatra se añadiría un

menor empleo de MTF (y en menor grado atomoxetina), relegando el tratamiento sólo a casos muy sintomáticos, dejando las prescripciones más relevantes para casos derivados a Atención Especializada (psiquiatras y neuropediatras), aún así el sistema implica en la mayoría de los casos llevar a cabo una posterior receta pediátrica de continuación del tratamiento “derivada” de la interconsulta con otro especialista.

Los datos indican infradiagnóstico del TDAH en Atención Primaria, y ni sobrediagnóstico ni sobretratamiento con MTF, y son coherentes con los escasos estudios publicados sobre su empleo en España. En el año 2003 un estudio (5) mostraba un valor de 0,72 por 1.000 en Asturias durante el año 2001 (si bien la base poblacional era de 5 a 19 años), siendo el total nacional de 0,63 x 1.000. En el año 2008, los datos de una muestra del Servicio Aragonés de Salud (6) reflejaban un consumo en DHD de MTF de 9,97 x 1.000 para niños autóctonos vs 1,44 para niños inmigrantes. En ningún caso la prevalencia del TDAH tratado con MTF supera el 1% de la población diana, muy lejos de la prevalencia estimada en estudios poblacionales.

La situación en países desarrollados y la de nuestro entorno no es muy distinta: en Francia en el año 2003 tenían una DHD de MTF de 1,1 x 1.000, en 2004 era de 1,5 y en 2005, de 1,8 (7); en el Reino Unido el consumo era de 5,3 x 1.000 en la población de 5-14 años (8); en el estado de Hesse (Alemania) en el año 2000, el 1,06% de la pobla-

ción de 0-18 años había recibido MTF (9); en el año 2004 en el condado de Nordland (Noruega) el consumo era de 1,1% entre la población de 4-17 años (10); en la región noreste de Holanda en el año 2003 era de 1,8 x 1.000 en el género masculino y de 0,8, en el femenino (11); en Islandia, el número de niños y adolescentes de 0 a 18 años que tomaban MTF era de 25,1 x 1.000, una de las más altas de Europa (12). Con respecto a otras regiones del mundo, las cifras de consumo de MTF son más altas en Estados Unidos, un 2,7% de la población menor de 19 años lo consumía en 1997, cifra que permanecía estable 5 años después (13), dato que contrastan con el de la región de Vancouver (Canadá) donde en el año 1996 el consumo en menores de 19 años era de 11 x 1.000 (14); en North Adelaide (Australia) en el año 2002, el 1,8% de los jóvenes entre 6-17 años recibía MTF, aunque no siempre bajo el diagnóstico de TDAH (15), y en Israel en el año 2004 lo recibían el 2,5% del rango de 0-18 años (16), cifra parecida a la de los Estados Unidos e Islandia (Figura 2).

En nuestro estudio se aprecia un crecimiento sostenido año a año del consumo de MTF, lo que sugiere un crecimiento paralelo en el número de diagnósticos de TDAH, de modo que desde que se dispone de registros centralizados se incrementó 13 veces en 9 años. También en el resto de los estudios mencionados en el párrafo anterior acontece el mismo fenómeno.

Para explicar este incremento generalizado se han propuesto diferentes variables, como el hecho de que el TDAH sea un trastorno crónico que necesita una larga duración de tratamiento (17,19), el hecho de un mayor diagnóstico en mujeres y adolescentes (17-20), un mayor diagnóstico de los casos de inatención (17), la presencia de tabaquismo familiar (18), la mayor atención que se presta a las conductas disruptivas (21), así como variables de tipo geográfico y demográfico (6,22,23). El creciente incremento podría ser explicado mejor por la interacción de las variables citadas junto al mayor conocimiento del trastorno.

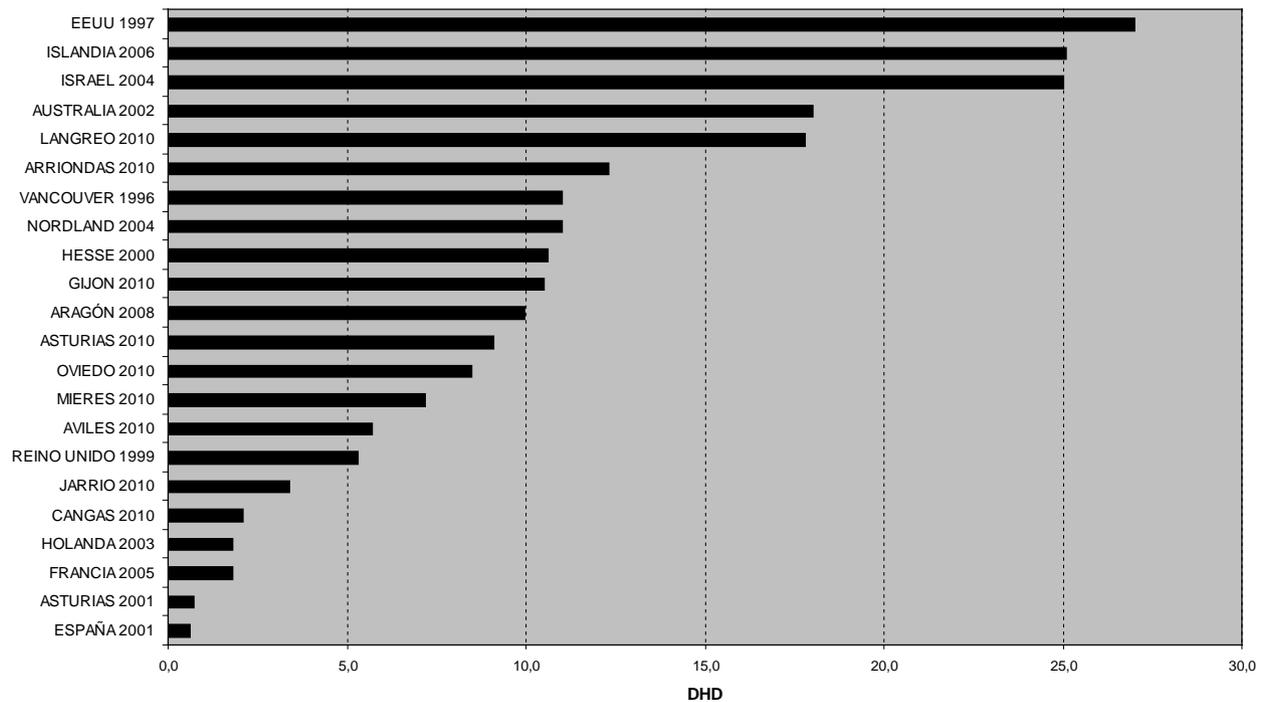


Figura 2. Gráfico comparativo del consumo de metilfenidato en DHD entre los resultados del estudio y en otros países desarrollados.

No obstante se debe tener en cuenta que prácticamente se parte de una situación de cero, en la que el diagnóstico del TDAH y su tratamiento han estado ausentes de la práctica clínica, pero la progresión actual debería contemplar una “meseta” en el diagnóstico y en el tratamiento, que en nuestro país aún no se ha producido, a diferencia de lo que actualmente acontece en otros países en los que las cifras son más elevadas (12,13).

La importancia del TDAH como problema individual, familiar y de salud pública debería estar por encima de las críticas publicadas en determinados contextos, que sugieren sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento del TDAH, habiendo incluso iniciativas legislativas que limitan la prescripción de MTF, como sucedió en Israel (24), donde los datos demostraron un patrón prescriptor similar al de los países desarrollados.

Parece oportuno emplear los datos para mejorar la atención al TDAH, así puede ser útil contar con múltiples fuentes del diagnóstico, mejorar la comunicación con el contexto educativo (donde se pueden implementar actuaciones específicas), valorar específicamente los problemas de conducta del adolescente e incrementar los estudios de base poblacional, junto al mejor conocimiento del TDAH por los padres y profesionales implicados (25,26).

BIBLIOGRAFIA

1. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Rev Neurol* 2007;44:10-4.
2. Rodríguez L, López JA, Garrido M, Sacristán AM, Martínez MT, Ruiz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;11:251-70.
3. The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD/Index) 2011: methylphenidate. En: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acceso on-line el 11-01-2011.
4. Sistema de codificación de principios activos y Dosis Diarias Definidas del INSALUD. 2ª edición, Madrid, 2002.
5. Criado Alvarez JJ, Romo Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Rev Neurol* 2003;37:806-10.
6. Macipe Costa R, Gimeno Feliu LA, Armesto FJ, Magallón Botaya R y García-Campayo J. C-20. Diferencias de consumo de metilfenidato entre la población infantil autóctona e inmigrante de Aragón. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009;11: e24-e25. Acceso el 11-01-2011.
7. Knellwolf AL, Deligne J, Chiarotti F, Auley GR, Palmeri S, Boisgard CB, Panei P, Autret-Leca E. Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *Europ J Clin Pharmacol* 2008;64:311-7.
8. Jick H, Kaye JA, Black C. Incidence and prevalence of drug-treated attention deficit disorder among boys in the UK. *Br J Gen Pract* 2004;54:345-7.
9. Schubert I, Köster I, Lehmkuhl G. The changing prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate prescriptions: a study of data from a random sample of insureds of the AOK Health Insurance Company in the German State of Hesse, 2000-2007. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:615-21.
10. Asheim H, Nilsen KB, Johansen K, Furu K. Prescribing of stimulants for ADHD in Nordland County. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007;127:2360-2.
11. Doncker GA, Groenhof F, van der Veen WJ. Increasing trend in prescription of methylphenidate in general practices in the north-east of The Netherlands, 1998-2003. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:1742-7.
12. Zoëga H, Baldursson G, Halldórsson M. Use of methylphenidate among children in Iceland 1989-2006. *Laeknabladid* 2007;93:825-32.
13. Zuvekas SH, Vitiello B, Norquist GS. Recent trends in stimulant medication use among U.S. children. *Am J Psychiatry* 2006;163:579-85.
14. Miller AR, Brehaut JC, Raina P, McGrail KM, Armstrong RW. Use of medical services by methylphenidate-treated children in the general population. *Ambul Pediatr* 2004;4:174-80.
15. Sawyer MG, Rey JM, Graetz BW, Clark JJ,

- Baghurst PA. Use of medication by young people with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Med J Aust* 2002;177:21-5.
16. Vinker S, Vinker R, Elhayany A. Prevalence of methylphenidate use among Israeli children: 1998-2004. *Clin Drug Investig* 2006;26:161-7.
 17. Safer DJ, Zito JM, Fine EM. Increased methylphenidate usage for attention deficit disorder in the 1990s. *Pediatrics* 1996;98:1084-8.
 18. Charach A, Cao H, Schachar R, To T. Correlates of methylphenidate use in Canadian children: a cross-sectional study. *Can J Psychiatry* 2006;51:17-26.
 19. Robison LM, Skaer TL, Sclar DA, Galin RS. Is attention deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the US? Trends in diagnosis and the prescribing of stimulants. *CNS Drugs* 2002;16:129-37.
 20. Winterstein AG, Gerhard T, Shuster J, Zito J, Jhonson M, Liu H, Saidi A. Utilization of pharmacologic treatment in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder in Medicaid database. *Ann Pharmacother* 2008;42:24-31.
 21. Romano E, Thornhill S, Lacourse E. An 8-year follow-up of profiles and predictors of methylphenidate use in a nationwide sample of boys. *J Psychiatr* 2009;155:721-7.
 22. Gumy C, Huissoud T, Dubois-Arber F. Prevalence of methylphenidate prescription among school-aged children in a Swiss population: increase in the number of prescriptions in the Swiss Canton of Vaud, from 2002 to 2005, and changes in patient demographics. *J Atten Disord* 2010;14:267-72.
 23. Fogelman Y, Kahan E. Methylphenidate use for attention deficit hyperactivity disorder in northern Israel -a controversial issue. *Isr Med Assoc J* 2001;3:925-7.
 24. Fogelman Y, Vinker S, Guy N, Kahan E. Prevalence of and change in the prescription of methylphenidate in Israel over a 2-year period. *CNS Drugs* 2003;17:915-9.
 25. Safer DJ. Are stimulants overprescribed for youths with ADHD?. *Ann Clin Psychiatry* 2000;12:55-62.
 26. PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, Bird HR, Bauermeister JJ, Payne JD. Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:797-804.

Francisco Montañés Rada (1), Miguel Angel Martínez Granero (2), Margarita Vidal Feroso (3), Sergio Sanchez Romero (4), Maria Josefa Andrés Prado (5)

(1) Jefe de la Unidad de Psiquiatría HUFA (Hospital Universitario Fundación Alcorcón).

(2) Neuropediatra HUFA.

(3) Psiquiatra, CSM Arganda.

Sergio Sanchez Romero, DUE HUFA.

(4) DUE HUFA

(5) Psiquiatra, MIR Preventiva, HUFA.

Correspondencia:

Francisco Montañés Rada

Jefe de la Unidad de Psiquiatría HUFA (Hospital

Universitario Fundación Alcorcón

fmontanes@fhalcorcon.es

*Metilfenidato de liberación
prolongada 50/50
(medikinet®) dos veces
al día, estudio abierto
prospectivo.*

*Extended reelease
methylphenidate
(medikinet®) twice a day, a
prospective open trial.*

RESUMEN

Se presenta el primer estudio publicado en menores de 18 años ($x=13,6$; rango:10-16) en el que metilfenidato de liberación prolongada 50/50 de 8 horas de duración (medikinet®) es usado en dos tomas al día.

En el contexto de un estudio abierto prospectivo, a 60 derivaciones consecutivas candidatas a tomar estimulantes de 8 a 21 horas pero que no podían tomar metilfenidato de acción inmediata, se les ofreció tomar dos dosis de medikinet®: una dosis fija de 30 mg en desayuno (8:00 h) y otra en la tarde (15:00h) que podía ser de 10 mg ($n=34$) ó 20 mg ($n=6$) con el objetivo de valorar eficacia y tolerancia.

No hubo diferencias entre los 40 pacientes incluidos y los 20 no incluidos en el estudio. Los pacientes eran casos moderados-severos (Conners de Profesores superior a 45).

A las 8 semanas se alcanzó remisión parcial en el 27,5% (desaparición de al menos el 25% de síntomas iniciales) y remisión completa en el 63% de pacientes (sindrómica en el 12,5%, sintomática en el 25% y funcional en el 22,5%).

También se logró reducir la sintomatología de forma estadísticamente significativa ($p<0,05$) hasta puntos inferiores a los de población normal, para todas las subes-

calas de la escala de Eyberg, Conners de Padres y Profesores (excepto para la subescala de conducta del Conners de Profesores).

Debido a la aparición de insomnio, 2 pacientes tuvieron que reducir dosis medikinet® de la tarde a 10 mg y 3 lo suspendieron por la tarde.

Palabras clave: TDAH, metilfenidato liberación prolongada, medikinet®, posología, estudio abierto, 8 horas, eficacia, tolerabilidad

ABSTRACT

The first study in which an 8 hours extended release methylphenidate 50/50 (medikinet®) is given twice a day to children is presented.

As an open prospective study 60 consecutive admissions to a child psychiatric consultation that need methylphenidate from 8 to 21 hours and were not suitable to be given a short action methylphenidate (4 hours), were offered medikinet® twice a day with the following posology: a fixed dose of 30 mg in breakfast (8:00 hours) and either 10 mg ($n=34$) or 20 mg ($n=6$) at evening (15:00 hours). There were no significant differences between the 40 patients included in the study and the 20 patients that refused medikinet® twice a day.

Patients were either moderate or severe in symptoma-

tology according to the 20 items Conners Scale for teachers (>45).

At week 8 complete remission were reached for 63% patients (syndromic one for 12.5% , symptomatic one for 25% and functional one for 22,5%) Furthermore, 27,5% reached partial remission (decrease of at least 25% of symptoms).

Scores in all subscales for Eyberg, Conners (Parents and Teachers) were reduced till level of normal population (except for conduct subscale of Teachers´) in a statistical significant level ($p < 0.05$).

Due to insomnia 2 patients reduced doses of 50/50-MTF to 10 mg and 3 drew up medikinet in the evening.

Key words: ADHD, extended release methylphenidate, medikinet®, 8 hours, posology, open prospective study, efficacy, tolerability.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aparecido nuevos fármacos para el tratamiento del TDAH en nuestro país coincidiendo con una expansión en el conocimiento e interés por el TDAH.

De tener un sólo metilfenidato liberación inmediata (rubifén®) (MF-LI), hemos pasado a tener otro MF-LI (medicebran®), varios metilfenidato de liberación prolongada (MF-LP) (entre paréntesis el porcentaje porcentaje de fármaco liberado de forma prolongada) como son concerta® (78%), medikinet® (50%) y en espera de comercialización Equasym® (70%).

También se ha aprobado un fármaco no estimulante como es atomoxetina (strattera®) y en un futuro inmediato se espera la aprobación en nuestro país de sales de anfetaminas (vyvanse®), parches transdérmicos de metilfenidato y guanfacina (intuniv®).

Para ver una revisión de los fármacos disponibles y las recomendaciones de uso existen numerosas fuentes a partir de grupos de consenso o instituciones internacionales que elaboran guías o protocolos de actuación¹⁻²⁰, la revisión realizada recientemente por nosotros y publicada²¹ o las recomendaciones del grupo GEITADH para el ámbito español²².

MANEJO DE LOS FÁRMACOS Y SUS COMBINACIONES

El tratamiento ha de individualizado para cada paciente por, entre otros, la diferente duración y variabilidad

de liberación de las presentaciones disponibles, el ajuste individual y no solo por el peso, la diferente metabolización según la edad, el ajuste al horario y discapacidades, el empeoramiento vespertino, la exploración de dosis, la escalada lenta en edades menores, etc.

Todo ello nos ha llevado e nuestra consulta, especialmente en grupos seleccionados de pacientes, a ir cambiando de presentaciones y/o a combinarlas para transformar la respuesta parcial a determinadas horas por respuesta completa. Además de añadir MF-LI a los diversos MF-LP existen otras combinaciones menos estudiadas como las de metilfenidato u otros psicoestimulantes más atomoxetina (ya solapándose previo a un cambio, ya dando ambas como tratamiento de mantenimiento). Nosotros en ambas situaciones hemos tenido buenas respuestas y tolerancia.

MEDIKINET® DOS TOMAS AL DÍA

En este artículo vamos a hacer referencia a una nueva pauta no publicada hasta la fecha en la bibliografía infantil (medikinet® dos veces al día). Esta pauta ha sido usada en fechas recientes en un ensayo clínico de adultos²³.

El estudio arranca de la observación serendípica de que algunos padres ante la prescripción de medikinet® en desayuno y MF-LI por la tarde equivocaron la pauta y dieron por error medikinet® en desayuno y medikinet® en la tarde.

En las consultas de revisión que tuvimos con los pacientes nos encontramos que la respuesta había sido buena y en una gran mayoría (80%) mejor que con los fármacos previos. No encontramos muchos de los temidos efectos secundarios de tomas a estas horas de la tarde como son insomnio o anorexia en la cena, salvo en pacientes que dieron medikinet® más allá de las 16 horas. Ante este hallazgo decidimos hacer un estudio abierto pero sistematizado controlando el máximo número de variables posibles.

Repasamos brevemente las características de medikinet® y pasamos a explicar el estudio.

CARACTERÍSTICAS DE MEDIKINET®

Medikinet® está compuesto de un 50% de Metilfenidato de liberación inmediata y un 50% de metilfenidato de liberación prolongada 50%.

El perfil de MF-LP 50/50 muestra un doble pico, sien-

Francisco Montañés Rada
Miguel Angel Martínez Granero
Margarita Vidal Feroso
Sergio Sanchez Romero
Maria Josefa Andrés Prado

Metilfenidato de liberación prolongada 50/50 (medikinet®) dos veces al día, estudio abierto prospectivo

52

do el inicial a las 2 horas de mayor entidad que el posterior a las 5 horas.

Se ha de tomar tras comida para evitar variabilidad en la absorción.

La acción efectiva dura de media 8 horas según ficha técnica. Sus efectos son por tanto comparables a dos dosis de MF-LI²⁴.

Existen pocas diferencias en eficacia entre tres dosis de MF-LI y los MF-LP usando como método de valoración pruebas de contraste de hipótesis. Pero si lo que se mira son los estudios cuantitativos los resultados varían. Hay dos tipos de variables cuantitativas: de cambio como el tamaño de efecto (TE) y de normalización como número de pacientes a tratar (NNT). Los estudios de TE dicen que todos los MF-LP tienen similar tamaño de efecto que MF-LI. En el caso NNT, los pocos estudios existentes muestran diferencias entre los diversos MF, siendo medikinet® (MF-LP 50/50) quien de momento ha tenido mejores resultados (NNT=2,2), estando el resto entre 3 y 4²⁵.

MATERIALES Y MÉTODO

La población atendida en nuestra consulta incluye un 25% de pacientes que son diagnosticados por primera vez en nuestra consulta y que jamás han recibido tratamiento previo. Del 75% restante, un 80% son pacientes procedentes en su mayoría de la consulta de neuropediatría de nuestro Hospital y el restante 20% proceden de derivaciones directas desde equipos psicopedagógicos de colegios o por recomendación/petición de otros pacientes. Los pacientes procedentes de neuropediatría son derivados en general por respuesta insuficiente a dosis máximas, mala tolerancia con o sin respuesta a la medicación, trastorno de conducta o desafiante asociado. El resto son pacientes que por superar los 16 años no pueden ser vistos en neuropediatría.

A partir de esta población, y tras obtener el consentimiento de tutores legales y del niño en su caso previa información de opciones terapéuticas, se ofreció tomar dos dosis de medikinet a 60 derivaciones consecutivas con los siguientes criterios de inclusión: edades entre 10 y 16 años, candidatos por horarios a tomar estimulantes de 8 a 21 horas, no candidatos a atomoxetina por respuesta suficiente a estimulantes, no candidatos a tomar MF-LI por mala tolerancia previa (pero con buena respuesta a concerta® o medikinet®).

Con los fármacos disponibles en el momento del es-

tudio las combinaciones para dar estimulantes de 8 a 21 horas necesariamente había que administrar en algún momento MF-LI, por ejemplo: medikinet® más MF-LI a las 17 horas, MF-LI 3 veces al día, o concerta® más MF-LI a las 17 horas. Por ello el paciente que necesita estimulantes de 8 a 21 horas pero no puede tomar MF-LI con buena respuesta a otros estimulantes es un paciente fronterizo entre las actuales pautas posológicas. A nuestro juicio este tipo de pacientes con los criterios de inclusión mencionados se beneficiarían más de un tratamiento como medikinet® dos veces al día (ya que aunque es una indicación off-label hay experiencia y datos en adultos²³ y nosotros teníamos además experiencia de buena respuesta y tolerancia con nuestra propia serie serendípica de 10 pacientes. Una combinación de estimulantes más atomoxetina no dejaría de ser también una prescripción off-label pero sin soporte bibliográfico en el momento del inicio del estudio, tampoco nos parecía claro el cambio a atomoxetina pues hay suficiente respuesta a estimulantes en este grupo de pacientes. Cualquier opción antes que esta combinación era por tanto un off-label peor o tenía una ratio beneficio-riesgo peor.

Se definió candidato a tomar estimulantes de 8 a 21 horas a los pacientes que tenían horario escolar de 8 a 15 horas o de 8 a 17 horas y además requerían ayuda suplementaria de estimulantes, ya para estudiar también por la tarde (en academia o en casa) (60%), ya por problemas de conducta desafiante que precisaban alargar el efecto al menos hasta las 21 horas (20%) o ambas situaciones (20%).

De los 40 pacientes incluidos en el estudio, 10 procedían de tomar concerta® 54 mg/día, 5 concerta® 36 mg/día, 5 de tomar medikinet® 30 mg en desayuno y MF-LI 20 mg a las 16:00, 13 de medikinet® 20 mg más MF-LI 20 mg a las 16:00, 7 de tomar MF-LI 3 veces al día (20mg a las 08:00, 10 mg a las 12:00 y 10 mg a las 16:00). Independientemente del tratamiento actual, todos los pacientes, habían tomado en alguna ocasión MF-LI aunque sólo fuera como pauta inicial o de ajuste de dosis. Ningún paciente había tomado previamente atomoxetina o cualquier otro fármaco con posible indicación de segundo o tercer nivel para el TDAH (modafinilo, reboxetina, etc.). Todos los pacientes que habían tomado alguno de los estimulantes habían obtenido respuesta al menos parcial.

Las tomas de medikinet® se realizaron de la siguiente manera: una en el desayuno (8:30 h) y una tras la comida (15:00 h). En fin de semana se mantuvo esta misma po-

sología y tratamiento.

Sobre las 60 proposiciones fueron 40 los casos que aceptaron tomar medikinet® dos veces al día. No se encontraron diferencias entre quienes optaron por tomar y no para estatus socioeconómico, edad, severidad del cuadro al inicio, comorbilidad o puntuación de escalas (Tabla 1). De los 20 pacientes que rechazaron 10 iniciaron atomoxetina, el resto prefirió seguir una temporada más como estaban. Para los 40 pacientes que aceptaron la medikinet® dos veces al día atomoxetina era peor opción por considerar que la respuesta parcial a estimulantes aun podía ser optimizada, coste en precio y en visitas a inspección médica de atomoxetina o rechazo a sus posibles efectos secundarios.

El likert de gravedad en la escala ICG (Impresión Clínica Global) para ser incluido tenía que ser superior o igual a 5 sobre 7 en ausencia de medicación. El Conners de Profesores total en ausencia de medicación tenía que ser superior a 45.

Al inicio del estudio y a las 24 semanas se usaron escalas para valorar el cambio en síntomas de hiperactividad, inatención e impulsividad y conducta. En concreto para este estudio la escala de Conners para profesores y padres^{26,27} y la de conducta de Eyberg^{28,29,30} por estar validadas al español³¹⁻³⁴.

Todos tomaron a las dosis a las 8:30 y a las 15 horas. Hubo un 10% de incumplimientos terapéuticos (no tomas de medicación). La toma de medikinet® de tarde fue de 10 mg en 34 pacientes y de 20 mg en 6. La toma del desayuno fue de 30 mg en todos los pacientes.

La escalada de dosis se hizo tomando inicialmente 20 mg todos los pacientes en desayuno, añadiendo 10 mg a los 4 días por la tarde y subiendo a 30 mg en desayuno una semana después. Un total de 6 pacientes requirieron subir a 20 mg en la tarde tras un mes de seguimiento buscando mayor respuesta en dicho horario.

En las figuras 1 a 3 se muestran los resultados para el grupo de estudio.

Tabla 1. Diferencias entre los pacientes que aceptaron o no tomar medikinet® dos veces al día.

	Aceptaron n=40	No aceptaron n=20
Estatus socioeconómico		
- Alto	5	3
- Medio	20	10
- Bajo	15	7
Edad: media y (rango)	13,6 (10-16)	12,2 (10-16)
Severidad cuadro (likert1-7)	5,64	5,52
Comorbilidad		
Tr negativista desafiante	30	11
Tr ansiedad	4	1
Gilles Tourette	1	0
Sexo: varón/mujer	30/10	15/5
Escala de Conners de profesores a la entrada del estudio:		
- Hiperactividad	16	14
- Conducta	21	19
- Inatención	13	14
- Total	50	49
Peso y rango	45,5 (30-57)	43 (27-58)

RESULTADOS

Respecto a eficacia, y siguiendo la definición de Bierdermal et al.³⁵ para definir remisión completa en sus diversas acepciones, a las 8 semanas de valoración teníamos a 5 pacientes (12,5%) en remisión sindrómica (definida como no cumplir criterios de diagnóstico completo, es decir no llegar a tener 8 síntomas o lo que es lo mismo al 57 % de los síntomas), a 10 pacientes (25%) en remisión sintomática (definida como no llegar al punto de corte para diagnóstico subumbral o de sospecha es decir no llegar a tener 5 síntomas o lo que es lo mismo al 36% del total de síntomas posibles) y a 9 pacientes (22,5%) en remisión funcional (no llegar a subumbral y tener una puntuación en calidad de vida superior a 60). La escala usada fue la Global Assessment of Functioning Scale (GAS).

Por último, teníamos a 11 pacientes (27,5%) en remisión parcial, es decir, desaparición del 25% (pero menos del 36%) de síntomas iniciales³⁶.

La suma de remisión parcial y remisión completa nos da una cifra del 87,5% que es similar (levemente superior) a la cifra que se da clásicamente para predecir la mejor respuesta posible a metilfenidato (80%). En el caso de la definición de remisión completa nos da una cifra del 65% similar a la de la obtenida en la revisión de estudios por Biederman et al.³⁵

Respecto a tolerancia dos pacientes tuvieron que reducir la dosis de medikinet® de la tarde a 10 mg por insomnio y otros 3 pacientes suspendieron el medikinet® de la tarde por insomnio.

En la figura 1 aparecen las puntuaciones medias para la escala de Conners de Profesores, en la situación inicial (pretratamiento), a las 8 semanas de tratamiento (posttratamiento), detallándose los puntos de cortes de dicha escala para screening (valoración por especialista) y las puntuaciones medias de población normal. En todos los casos excepto para la escala de conducta, se obtuvieron puntuaciones por debajo de las consideradas de alerta en screening o normales en población normal, que fueron estadísticamente significativas en la comparación pretratamiento y postratamiento con una de $p < 0.05$. En la figura 2 aparecen las puntuaciones medias para la escala de Conners de Padres, y en la figura 3 se muestran puntuaciones para otras escalas del protocolo habitual de tratamiento en nuestra Unidad.

En las figuras 3 y 4 aparecen las puntuaciones para la escala de conducta de Eyberg pre- y post-tratamiento tan-

to para la subescala “Intensidad de Síntomas” (36 síntomas valorados en un likert de 1 a 7) (figura 3) como en la subescala “Problemas” (puntuación total de problemas, es decir los mismos 36 ítems valorados con puntuación 1 ó 0 si eran considerados un problema o no, respectivamente) (figura 4). Se ha usado como punto de corte para la valoración por especialista las puntuaciones de muestras comunitarias. Las puntuaciones de nuestra muestra están para la Subescala Problemas en similares valores que las de la muestra de validación de dicho estudio (18,6 muestra de validación vs 16,7 en nuestro estudio) aunque son superiores en la escala intensidad (156,26 vs 208,50 en nuestro estudio).

Todos los pacientes toleraron bien la medicación, salvo 5 que la suspendieron por insomnio. Estos 5 pacientes tomaban la dosis de 50 mg/día (30mg en desayuno y 20 mg por la tarde). Los 5 mejoraron del insomnio en menos de una semana al pasar de nuevo a medikinet® 10 mg en la toma de la tarde (2 casos) o suspender el medikinet® de la tarde y cambiarlo por MF-LI 10 mg (3 casos). El resto de efectos secundarios estuvieron siempre por debajo de los de ficha técnica.

De los 5 pacientes que suspendieron la toma de medikinet® por la tarde, 3 procedían de tomas previas de medikinet® más MF-LI (retornaron a dicha pauta al referir que preferían el ya experimentado efecto de MF-LI por la tarde) y 2 eran del grupo que era “naive” para estimulantes (nunca los habían tomado).

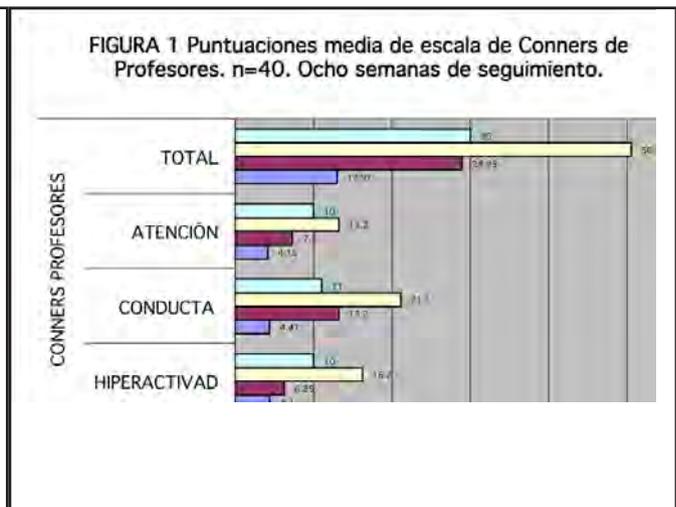
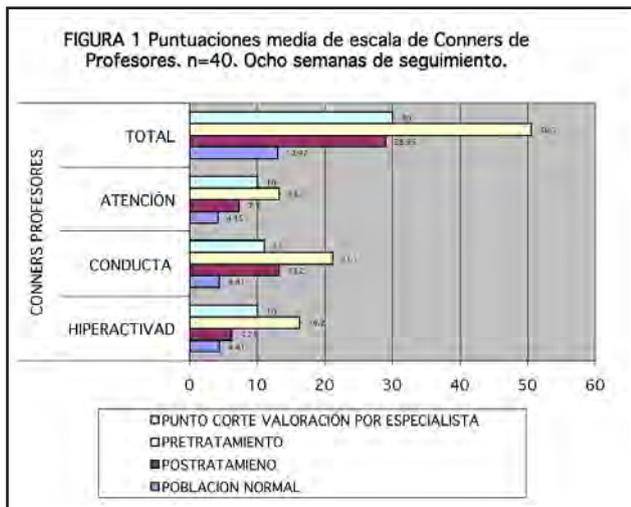
DISCUSIÓN.

La muestra del estudio no muestra diferencias con los pacientes que no aceptaron entrar en el estudio.

Nuestra muestra es representativa de casos moderados-severos pues presenta altas puntuaciones en escalas de gravedad de síntomas tanto en hiperactividad como en conducta.

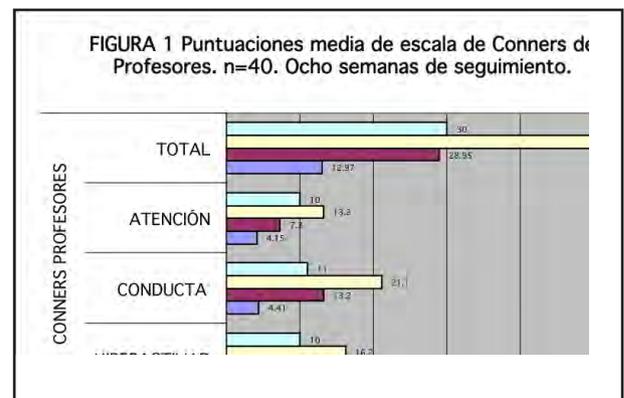
A pesar de ello el tratamiento fue exitoso ya que se lograron reducciones en la sintomatología inferiores a los puntos considerados de evaluación o normales, excepto en la escala conducta del Conners de Profesores. Esto tiene más relevancia si se tiene en cuenta que el 70% de los casos de la muestra fueron seleccionados por pobre respuesta al mismo estimulante en otra presentación (MF-LI).

Estas reducciones fueron mantenidas en un tiempo suficientemente largo (8 semanas) como para considerarse una respuesta estable. Los grados de respuesta y remisión



**Hay diferencias significativas con $p < 0,05$ para todas puntuaciones pre y postratamiento.*

**Hay diferencias significativas con $p < 0,05$ para puntuaciones pre y postratamiento.*



10 es un punto de corte de valoración para población normal, 5,10 lo es para muestras clínicas.

Francisco Montañés Rada
Miguel Angel Martínez Granero
Margarita Vidal Feroso
Sergio Sanchez Romero
Maria Josefa Andrés Prado

Metilfenidato de liberación prolongada 50/50 (medikinet®) dos veces al día, estudio abierto prospectivo

56

fueron excelentes.

La toma de medikinet® dos veces al día con la última toma a las 15:00 horas, no produce eventos adversos en mayor medida que los esperables en ficha técnica cuando la dosis de mañana es de 30 y la de tarde no supera los 10 mg/día. La dosis de 20 mg por la tarde ha de darse individualizada y estando pendiente de la aparición de insomnio que es en todo caso poco frecuente y reversible ajustando dosis o cambiando de estimulante.

La posología y escalado del estudio fue muy estandarizada. Para obtener similares resultados a priori habría que dar pautas similares especialmente en el límite y dosis de las 15:00 horas.

Hasta la fecha este es el primer estudio publicado en menores de 18 años en el que se muestran datos de eficacia y tolerancia del uso de medikinet® en dos tomas al día. Solo hay otro estudio²³ en que se muestren los efectos del uso de medikinet® dos veces al día, pero es en adultos, con similares resultados en eficacia y tolerancia.

BIBLIOGRAFIA

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of attention deficit and Hyperkinetic disorders in children and young people. A National clinical guideline 112. Edimburgo; Oct 2009. [Consultado: 10/06/10]. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>
2. National Collaborating Centre for Mental Health. Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. (Clinical guideline; no. 72). London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Sep. 59 p. <http://guidance.nice.org.uk/CG72>
3. Reason R; Working Party of the British Psychological Society. ADHD: a psychological response to an evolving concept. Report of a Working Party of the British Psychological Society. *J Learn Disabil*. 1999;32(1):85-91.
4. Report of a Working Party of The British Psychological Society. Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/HD): Guidelines and principles for successful multi-agency working. Leicester UK: The British Psychological Society; 2000.
5. Australian Guidelines on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Royal Australasian College of Physicians. June 2009. [Consultado: 10/06/10]. http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/adhd_draft.htm
6. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines, 1re édition, Toronto (ON), CADDRA, 2006. <http://www.caddra.ca/joomla/index.php?Itemid=70> / http://www.caddra.ca/cms4/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=353&lang=en
7. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, Morris KA, Santosh P, Sonuga-Barke E, Taylor E, Weiss M, Young S. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology SAGE Publications Ltd. London <http://www.bap.org.uk/docsbycategory.php?docCatID=2>
8. Evidence Based Clinical Practice Guideline for Outpatient Evaluation and Management of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Guideline 27. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati 2007. <http://www.cincinnatichildren.org/svc/alpha/h/health-policy/ev-based/adhd.htm>
9. E. Taylor, M. Döpfner, J., P. Asherson, T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, A. Rothenberger, E. Sonuga-Barke, H.-C. Steinhausen and A. Zuddas. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; [Suppl 1] 13:I/7-I/30.
10. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2000; 105(5): 1158-70.
11. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity, Disorder Committee on Quality, Improvement. Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001; 108(4): 1033-44.
12. Pliszka S in name of AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(7):894-921

13. Winters NC, Pumariga A, Work Group on Community Child and Adolescent Psychiatry, Work Group on Quality Issues. Practice parameter on child and adolescent mental health care in community systems of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(2): 284-99.
14. Steiner H, Remsing L, 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(1):126-41.
15. Pliszka S, Crismon ML, Hughes CW, Conners CK, Emslie GJ, Jensen PS, McCracken JT, et al and the Texas Consensus Conference Panel on Pharmacotherapy of Childhood Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. The Texas Childrens Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2006; 45(6):642-657.
16. ICSI. Institute for Clinical Systems Improvements. ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Primary Care for School-Age Children and Adolescents, Diagnosis and Management (Guideline) 2007. (Actualizado 04/2010) [Consultado: 10/06/10]: http://www.icsi.org/adhd/adhd_2300.html
17. O'Brian JM, Felt BT, Van Harrison R, Paramjeet KA, Riolo SA, Shehab N. UMHS. University of Michigan Health System. Guidelines for Clinical Care: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. 2005. [Consultado: 10/06/10]. Disponible en: <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/ADHD05.pdf>
18. Sentara Behavioral Health Services Guideline for the Recognition of ADHD in Adults. Sentara Healthcare (SHC). Virginia VA. 2006.
19. Quick Reference Guide. Recommended Screening and Medication Treatment Guidelines for Child and Adolescent Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Albuquerque, New Mexico: Lovelace Health Plan and Presbyterian Health Plan: 2007. <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;105/5/1158.pdf>
20. Du Paul GJ. ADHD identification and assessment: basic Guidelines for educators. *Helping Children at Home and School II: Handouts for Families and Educators* S8-17. National Association of School Psychologists. Bethesda, MD 2004. www.nasponline.org
21. Montañés-Rada F, Gangoso-Fermoso AB, Martínez-Granero MA. Fármacos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2009; 48: 469-81.
22. Montañés-Rada F, Gastaminza Pérez X, Catalá MA et al. Consenso del grupo GEITDAH sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev Neurol* 2010; 51: 633-7.
23. Rosler M, Fischer R, Ammer R, Ose C, Retz W, on behalf of the study group A randomised, placebo-controlled, 24-week, study of low-dose extended-release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009; 259(2):120-9. epub 2009 Jan 22. Erratum in: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259(6):368.
24. Dopfner M, Gerber WD, Banaschewski T, Breuer D, Freisleder FJ, Gerber-von et al. Comparative efficacy of once-a-day extended-release methylphenidate, two-times-daily immediate-release methylphenidate, and placebo in a laboratory school setting. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 13(Suppl 1):193-101
25. Banaschewski T, Coghill D, Santosh P, et al. Long-acting medication for the hiperkinetic disorder. A systematic review and European treatment guideline. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15: 476-9.
26. Conners CK, Erhardt D, Sparrow E . CAARS Conners adult ADHD rating scales. 1999. MHS, New York
27. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD rating scale-IV. 1998. Guilford, New York
28. Eyberg SM, Robinson EA. Conduct Problem Behavior: Standarization of a behavioural rating scale with adolescents. *J Clin Child Psychology*. 1983; 12(3) 347-354.
29. Eyberg SM, Ross AW. Assesement of Child Behaviour Problems: The Validation of a New Inventory. *J Clin Child Psychology*. 1978; (summer): 113-116.
30. Robinson EA, Eyberg SM, Ross AW. The standarization of an inventory of child conduct problems behaviors. *J Clin Child Psychology*. 1980; (spring)

- 22-28.
31. Farre-Riba A y Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol.* 1997; 25 (138): 200-204.
 32. Amador Campos JA, Idiazbal Alecha MA, Aznar Casanova A, Peró Cebollero M. Estructura factorial de la escala de Conners para profesores en muestras comunitaria y clínica. *Revista de Psicología General y Aplicada.* 2003; 56 (2) 173.184.
 33. Fernández de Pinedo R, Gorostiza Garaya E, Lafuente Mesanza P, Ojembarrena Martínez E, Olaskoaga Arrate A. Versión Española del ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory): medida de validez. *Atención Primaria.* 1998; 21(2): 65-74.
 34. Garcia-Tornel Florensa S, Calzada EJ, Eyberg SM, Mas Alguacil JC, Vilamala Serra C, Baraza Mendoza C, Villena Collado H, Gonzalez García, Calvo Hernández M, Trinxant Domenech A. Inventario de Eyberg Del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Anal Esp Ped.* 1998; 48 (5): 475-482.
 35. Biederman J, Mick E and Faraone SV. Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type *Am J Psychiatry* 157:816-818, May 2000.
 36. Barkley Russell A Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Guilford Press. New York. 2006. Pag 651.

EXCELLENCE in Child Mental Health

Cutting edge topics by outstanding speakers

28 NOV- 1 DEC 2012

MADRID, SPAIN



- **Designed** and produced by the leading Child Psychiatrists for their colleagues to collectively benefit from their latest experiences
- **Learn** from world-renowned experts from Centres of Excellence such as: **Harvard Medical School, University of Sydney and Imperial College London**
- **Engage** in an open and honest exchange of the latest usable clinical best-practices, therapeutic techniques and professional advice

Save £25
on registration fees!

E-mail the promo code EICMH122011_RIJ to
eicmh-reg@excellence-in-conferences.org

Save the dates

Excellence in Child Mental Health 2012

28 Nov. - 1 Dec. 2012

Madrid, Spain

CME
credits
provided



Year Round Learning

Visit www.excellence-in-child-mentalhealth.org for exclusive **interviews and webcasts** of selected sessions



www.excellence-in-child-mentalhealth.org



eicmh-info@excellence-in-conferences.org

Conference Organisers



2011 Sponsors

Supporters



Otsuka Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Sponsor Internet Corner



Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?

**Richard P. Bentall. Editorial Herder; 2011.
526 páginas.**

Richard P. Bentall es en la actualidad catedrático de Psicología Clínica de la Universidad de Bangor (Gales), tras haber ocupado sendas cátedras en Manchester y Liverpool, y recibió en el Premio de la Sociedad Británica de Psicología al mejor libro del año en 2004. En el presente libro, el autor plantea sus dudas ante el actual enfoque terapéutico psiquiátrico, excesivamente biologicista según sus tesis y, sobre todo, excesivamente abocado al empleo de psicofármacos. Desde esta perspectiva, repasa las pruebas más controvertidas de los actuales planteamientos en Psiquiatría, y plantea la excesiva valoración de algunos fármacos de eficacia discutible (al menos en algunas de sus actuales indicaciones y usos), así como la infravaloración de los efectos adversos de otros aparentemente más eficaces. Pasando por el efecto de las importantes campañas de la industria farmacéutica en la práctica clínica, o el desmedido impacto que la genética parece estar teniendo hoy en la comprensión de las enfermedades mentales, el autor aboga por una “nueva” aproximación a la atención al paciente, más individual, más personalizada, más comunicativa, y replantea desde esta conceptualización toda nuestra actual forma de entender las enfermedades mentales y su tratamiento.

Cognitive behavioral therapy for the busy child psychiatrist and other mental health professionals. Rubrics and rudiments.

RD. Friedberg, AA. Gorman LH. Kilt, A. Biuckians, and M. Murray. Routledge: New York; 2011. 380 págs.

Este libro es, ni más ni menos, lo que su título promete: una fuente básica de elementos psicoterapéuticos cognitivo-conductuales, aplicables tanto desde la psiquiatría como desde la psicología clínica, e igualmente útil para el terapeuta formado y para el residente o el clínico en prácticas. Presenta y desarrolla los principios básicos de la psicoterapia cognitivo-conductual de forma clara, práctica y amena, explicando intervenciones de eficacia

probada y de aplicación limitada en el tiempo. Cada técnica y aproximación se desarrolla en un capítulo que se inicia con los “rudiments”, las bases teóricas explicadas de forma clara y concisa, y se sigue de los “rubrics”, la exposición simple, pero detallada, de su aplicación práctica. Un libro, en definitiva, de uso cotidiano y utilidad real en la clínica cotidiana. Casi imprescindible.

Anxiety disorders in children and adolescents, second edition.

**WK. Silverman y AP. Field. Cambridge University Press: Cambridge, UK; 2011.
430 págs.**

En este volumen, los autores revisan y actualizan las bases (conceptuales, biológicas, ambientales...) y las aproximaciones clínicas más actuales y contrastadas de los trastornos de ansiedad, una de las entidades más prevalentes y, quizás, menos tenida en cuenta en la clínica psiquiátrica infanto-juvenil. Comienza el libro con una sección dedicada a desarrollar cuestiones históricas y conceptuales, procesos cognitivos y del desarrollo, modelos teóricos y clínicos, y evaluaciones diagnósticas. Tras ello, define la importancia, sucesivamente, de las influencias biológicas, ambientales, traumáticas, de crianza... en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. Finalmente, la última sección desarrolla las aproximaciones terapéuticas y preventivas más actuales y eficaces. Y todo ello con las últimas actualizaciones e incorporaciones en el estudio de la ansiedad, y desde una perspectiva basada en el desarrollo, definiendo y diferenciando su fenomenología en niños y en adolescentes.

Natural medications for psychiatric disorders. Considering the alternatives, second edition.

**D. Mischoulon, JF. Rosenbaum. Lippincott, Williams & Wilkins: Philadelphia; 2008.
366 págs.**

He aquí un libro que podría considerarse controvertido por su título, editado por dos eminentes psiquiatras pertenecientes al Massachusetts General Hospital y la Harvard Medical School. Pero en el que hemos de

reparar, si no por su propia valía y cuidada redacción sí al menos por la excelencia de todos sus autores. Se centra este volumen en el uso de las medicaciones llamadas “naturales” o “complementarias” en psiquiatría, constituyéndose en una guía útil, práctica y eficaz para el empleo de preparados herbales, vitaminas, omegas,, en el tratamiento de los trastornos mentales. A lo largo de sus páginas se presentan y examinan de forma rigurosa los conocimientos clínicos y científicos de cada intervención, sus aplicaciones, su eficacia y efectos adversos. Escrito de forma sencilla y dirigida a su uso práctico, incluye datos sobre acupuntura, homeopatía, terapias para adelgazar, melatonina, kava, omega-3... o sobre el tratamiento de trastornos tan diversos como los trastornos del sueño o el síndrome premenstrual. Quizás controvertido en algunos aspectos, no deja de incluir aspectos como las limitaciones en las investigaciones de estas terapias o sus

problemas de calidad. En cualquier caso, el uso cada vez más extendido de estas aproximaciones terapéuticas entre nuestros pacientes, y las dudas que ello puede generar (en ellos y en nosotros), justifica de por sí este volumen. Sencillo, práctico, y enormemente útil para asesorar a pacientes y familias.

Óscar Herreros
oherreros@gmail.com

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

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

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

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, 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 presentará a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (a ser posible en WORD). Las hojas irán numeradas. En la primera página debe colocarse, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico).

e) si el trabajo ha sido financiado, debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.

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

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

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

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

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

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad

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

1.- Artículos Originales

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

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

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

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

2.- Artículos de Revisión

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

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

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

que será flexible según el tema tratado)

3.- Casos Clínicos y Comentarios Breves

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

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

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

4.- Cartas al Director

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

5.- Notas Bibliográficas

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

6.- Secciones Especiales

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

7.- Agenda

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

Revista.

8.- Números Monográficos

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

Tablas y figuras

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

** Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden

consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

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

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

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

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

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

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

Envío de manuscritos

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

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

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

do para certificar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

Los autores son responsables de la investigación.

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

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

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

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

Revisión y revisión externa (peer review)

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

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

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

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

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

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el caso de la descripción de Casos Clínicos, cuando el paciente pueda ser reconocido por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse el correspondiente consentimiento informado con el permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de

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

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

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

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 90 €
ESTUDIANTES/MIRES 60 €
EXTRANJERO 180 \$

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial
C/ Jeréz, 21
28231 Las Rozas (Madrid)
Tlf.: 91 6395965
email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos
Dirección N° Piso
Cód. Postal Población
Provincia Especialidad

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

EXCELLENCE

in Child Mental Health

Cutting edge topics by outstanding speakers

28 NOV- 1 DEC 2012

MADRID, SPAIN



- **Designed** and produced by the leading Child Psychiatrists for their colleagues to collectively benefit from their latest experiences
- **Learn** from world-renowned experts from Centres of Excellence such as: **Harvard Medical School, University of Sydney** and **Imperial College London**
- **Engage** in an open and honest exchange of the latest usable clinical best-practices, therapeutic techniques and professional advice

Save £25

on registration fees!

E-mail the promo code EICMH122011_RIJ to eicmh-reg@excellence-in-conferences.org

Save the dates

Excellence in Child Mental Health 2012

28 Nov. - 1 Dec. 2012

Madrid, Spain

CME
credits
provided



Year Round Learning

Visit www.excellence-in-child-mentalhealth.org for exclusive **interviews and webcasts** of selected sessions



www.excellence-in-child-mentalhealth.org



eicmh-info@excellence-in-conferences.org

Conference Organisers



2011 Sponsors

Supporters



Otsuka Otsuka Pharmaceutical Europe Ltd.

Sponsor Internet Corner



FICHA TECNICA CONCERTA

Patrocinadores:



Con el apoyo de:



SECRETARÍA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

C/ Pelai, 10, 1º 2ª B | 08001 Barcelona
Tel: 932 427 714 | Fax: 933 188 002
Aepnya2012@agora-events.com

Organizado por:



**Asociación Española de
Psiquiatría del Niño
Y del Adolescente**

PROGRAMA PRELIMINAR

57 Congreso de la Asociación Española
de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)

Biología y ambiente en el trastorno mental de niños y adolescentes

Organizado por:



**Asociación Española de
Psiquiatría del Niño
Y del Adolescente**

AEPNYA 2012
57 CONGRESO



BARCELONA
10-12 MAYO



Queridos compañeros,

Después de catorce años, de nuevo vamos a celebrar un Congreso de nuestra Asociación en Barcelona. Hemos querido que su organización corra a cargo de profesionales que, trabajando en centros clínicos de la ciudad y su área metropolitana, han estado vinculados a la asociación durante años. En el período en que se llevaba a cabo la planificación del Congreso, se ha estado discutiendo en diferentes foros sobre si finalmente se aprobaría y desarrollaría la especialidad de Psiquiatría Infantil a partir de la declaración de intenciones en este sentido por parte del Ministerio de Sanidad. Ello es de una importancia trascendental tanto para el pleno desarrollo de esta disciplina en nuestro país, como para todos nosotros como profesionales. Nada nos gustaría más que este tema ya estuviera plenamente solucionado cuando nos encontremos en Barcelona y me consta que la asociación está trabajando y trabajará aún más para lograrlo.

Hemos escogido como lema del Congreso "Biología y ambiente en el trastorno mental de niños y adolescentes" para subrayar la importancia de dejar de lado antiguos planteamientos dicotómicos y potenciar un modelo interactivo que reconozca la complementariedad de ambos abordajes. Una parte importante de las mesas redondas se plantearán desde esta perspectiva. Esperamos que en conjunto el congreso resulte interesante y útil para todos, además de avanzado en sus planteamientos y contenidos.

Como incentivo añadido para vuestra asistencia también contamos con el atractivo de la ciudad de Barcelona que, aunque muchos conocéis, siempre reserva alicientes y novedades para los que repiten su visita. Cordialmente,

El Comité Organizador



COMITÉ ORGANIZADOR

- Presidenta** Josefina Castro Fornieles
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona
- Secretario** José Ángel Alda Díez
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Tesorero** Bernardo Sánchez Fernández
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Vocales** Rosa Calvo Escalona
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona
- José Eugenio de la Fuente Sánchez
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona
- Montse Dolz Abadía
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Sabel Gabaldón Fraile
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Xavier Gastaminza Pérez
Unidad de Paidopsiquiatría. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona
- Amaia Hervás Zúñiga
Unidad de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa
- Luisa Lázaro García
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona
- Montse Pàmias Massana
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí de Sabadell.
- Lluís San Molina
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Josep Toro Trallero
Profesor Emérito de Psiquiatría Universidad de Barcelona

COMITÉ CIENTÍFICO

- Gloria Canalda Salhi
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona
- Josefa Canals Sans
Departamento de Psicología. Universidad Rovira i Virgili. Barcelona
- Josefina Castro Fornieles
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona
- Maria del Claustre Jané Ballabriga
Departament de Psicologia Clínica i de la Salut Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona
- Luisa Lázaro García
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona
- M^a Dolores Mojarro Práxedes
Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla
- Bernardo Sánchez Fernández
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Josep Toro Trallero
Profesor Emérito de Psiquiatría Universidad de Barcelona



JUNTA DIRECTIVA DE AEPNYA

- Presidenta** **M^a Dolores Domínguez Santos**
*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).
Universidad de Santiago*
- Vicepresidenta** **Concepción de la Rosa Fox**
*Unidad de Salud Mental Infantil.
Hospital Universitario Puerta del Mar.
Facultad de Medicina. Cádiz*
- Secretaria** **Aránzazu Ortiz Villalobos**
*Unidad de Psiquiatría y Salud Mental de Niños y Adolescentes.
Hospital Universitario La Paz. Madrid*
- Tesorera** **Aránzazu Fernández Rivas**
*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
Hospital de Basurto. Bilbao*
- Vocales** **Tomás José Cantó Díez**
*Unitat de Salut Mental Infantil.
Servei de Psiquiatria. Hospital General Universitari d'Alacant-Hospital Universitari de Sant Joan d'Alacant*
- Josefina Castro Fornieles**
*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM.
Instituto de Neurociencias.
Hospital Clínic de Barcelona.
Universidad de Barcelona*
- María José Ruiz Lozano**
*Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Servicio Murciano de Salud.
Centro de Día Infanto-Juvenil. Murcia*

Presidenta Comisión Científica

M^a Dolores Mojarro Práxedes
*Dpto. Psiquiatría. Facultad de Medicina.
Universidad de Sevilla*

Presidente Comisión de Publicaciones

Óscar Herreros Rodríguez
*Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares.
Hospital San Agustín. Jaén*



JUEVES 10 DE MAYO

09:30-11:30 TALLERES

SÍNDROME DE RIESGO PARA PSICOSIS: EVALUAR Y DETECTAR PARA PREVENIR Y TRATAR

Inmaculada Baeza Pertegaz

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona

Anna Sintes Estevez

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN ADOLESCENTES: UNA EXPERIENCIA EN CENTRO DE SALUD MENTAL

Laura Mata Iturralde

Laura Muñoz Lorenzo

Fundación Jimenez Díaz. Madrid

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN ESTRUCTURADOS DIRIGIDOS A NIÑOS CON TRASTORNOS POR CONDUCTAS PERTURBADORAS

M^a Teresa Ordeig

Aitana Bigorra Gualba

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Mútua de Terrassa

11:30-13:30 TALLERES

PROGRAMAS DE HHSS PARA PACIENTES DENTRO DE LOS TEA DE ALTO FUNCIONAMIENTO, NUEVAS PERSPECTIVAS

María Díez Juan

Vanesa Padillo Marín

UETD - Hospital Sant Joan de Déu Barcelona

INTRODUCCIÓN AL USO DE LA TERAPIA BREVE CON NIÑOS ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS: Dos modelos de Terapia Familiar: la centrada en problemas y la orientada a soluciones

Soraya Otero Cuesta

Unidad de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Mar Aparicio Sanz

Unidad de Salud Mental. Hospital Sierrallana. Torrelavega

ADOPCIÓN, INSTITUCIONALIZACIÓN Y PSICOPATOLOGÍA

M^a Dolores Mojarro Práxedes

Rafaela Caballero Andaluz

Dpto. de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla

13:30-15:30 TALLERES

DESARROLLO DEL MODELO ILAUGH DE MICHELLE GARCIA WINNER EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS SOCIALES DEL ADOLESCENTE Y ADULTO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Noemi Balmaña Gelpí

Marta Salgado Peña

Hospital Universitario Mutua de Terrassa

TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN DE INICIO TEMPRANO: CONTROVERSIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Montserrat Graell Berna

Angel Villaseñor Montarroso
Unidad de Trastornos de Alimentación. Sección de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

PIENSA: Programa de Intervención en Psicosis Adolescente: diseño de un programa psicoeducativo de intervención grupal

Maria Mayoral Aragón

Ana Belén Calvo Calvo

Sección de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Hospital Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

16:00-17:00 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

¿AGONISMO PARCIAL ES SINÓNIMO DE EFICACIA TERAPÉUTICA PARCIAL?

Comunicaciones Orales

Dr. Stahl

*Adjunct Professor of Psychiatry at the University of California.
San Diego. EE.UU*

Moderador: Montse Dolz Abadía

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil.
Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*

Conferencia patrocinada por OTSUKA

17:00-18:00 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona, NH Constanza

EMOTIONAL AND SOCIAL IMPACT OF ADHD: TREATMENT OPTIMIZATION ON THESE CLINICAL OUTCOMES

Comunicaciones Orales

Dr. Samuel Y. Chang, MD, FRCPC

Associate Professor. Department of Psychiatry. University of Calgary

Moderador: Marta García Giral

*Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil.
Hospital Clínic de Barcelona*

Conferencia patrocinada por LILLY

18:00-18:30

Auditorio AXA

Inauguración Oficial

18:30-20:00 CONFERENCIA INAUGURAL

Auditorio AXA

¿SE DEBEN TRATAR LAS DEPRESIONES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ANTIDEPRESIVOS?

Boris Birmaher

Department of Psychiatry. Western Psychiatric Institute and Clinic. Pittsburgh. EE.UU

Moderador: Josep Toro Trallero.

Profesor Emérito de Psiquiatría. Universidad de Barcelona

20:00

Cena cóctel de Bienvenida en el Hotel NH Constanza

VIERNES 11 DE MAYO

09:00-10:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

CONTINUIDAD ENTRE ESQUIZOFRENIA DE INICIO PRECOZ Y MUY PRECOZ Y ESQUIZOFRENIA EN LA EDAD ADULTA

Coordinador:
Bernardo Sánchez Fernández

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Área de Hospitalización. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Transición clínica

Montserrat Dolz Abadia

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Impacto del consumo de sustancias

Marta Pardo Gallego

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil. Unidad de conductas adictivas y primeros episodios psicóticos. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Estudio longitudinal de neuroimagen

Celso Arango López

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

Sala Barcelona. NH Constanza

AVANCES EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRAUMA COMPLEJO Y CRÓNICO

Coordinador:
Prudencio Rodríguez Ramos

Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid

Psicopatología compleja en menores maltratados con problemas graves de adaptación

Prudencio Rodríguez Ramos

Servicios de Salud Mental. Comunidad de Madrid

El Estrés Postraumático Influye en el Desarrollo del Cerebro

Víctor G. Carrion

Department of Psychiatry and Behavior Sciences. Stanford University

Terapia Centrada en Estímulos Clave, fundamentos y características

Paz Quijano Barroso

Fundación Alicia Koplowitz

Sala Kursal. NH Constanza

RASGOS TEMPERAMENTALES. TRATAMIENTO EN LA INFANCIA, PREVENCIÓN EN EL ADULTO

Coordinador:

Antonio Pelaz Antolín

CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Temperamento: vulnerabilidad o protección

Barbara De Clercq

Departamento de Psicología del Desarrollo, Personalidad y Social. Universidad de Ghent, Bélgica ()*

Evolución de la inhibición conductual hacia el trastorno de personalidad por evitación

Sergi Ballespi Sola

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona

Tratamiento centrado en la persona. Implicaciones de conocer el temperamento

Antonio Pelaz Antolín

CSM de Alcalá de Henares. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

**Ponencia en Inglés sin servicio de traducción simultánea*

10:30-12:00 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

BIOLOGIA Y AMBIENTE EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE

Coordinadora:

Arantza Fernández Rivas

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao

Biología y etiología

Dr. José Ramón Gutiérrez Casares

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz

Ambiente y etiología: apego precoz y trauma

Arantza Fernández Rivas

Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital de Basurto. Bilbao

Ambiente y tratamiento: Terapia dialéctica conductual

Carmen Sánchez Gil

Programa TLP. Centres Dr. Emili Mira. INAD. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Sala Barcelona. NH Constanza

PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Coordinadora: Rosa Calvo

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

Diagnóstico del TEA en niñas y adolescentes. Características clínicas y diagnóstico diferencial

Noemí Balmaña

Unidad de salud mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa

Neuroimagen en TEA. Diferencias de género

Mara Parellada

Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

“Afrontar la adolescencia”. Un programa para mejorar el desarrollo psicosexual y las relaciones de los adolescentes con TEA

Rosa Calvo

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona

Sala Kursal. NH Constanza

COMUNICACIONES ORALES QUE OPTAN A PREMIO

12:00-12:30

Pausa Café

VIERNES 11 DE MAYO

12:30-13:30 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona. NH Constanza

NAVIGATING ADHD THROUGH ADOLESCENCE: ABOUT THE BRAIN, GENES AND CLINICAL CARE

Comunicaciones Orales

Jan K. Buitelaar

Radboud University Nijmegen Medical Center. Donders Institute of Brain, Cognition and Behavior. Dept of Cognitive Neuroscience. Nijmegen

Moderador: Jose Ramón Gutiérrez Casares

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Badajoz

Conferencia patrocinada por JANSSEN

13:30-14:30 CONFERENCIA

Auditorio AXA

Sala Barcelona. NH Constanza

EXPERIENCIAS TEMPRANAS DE LA VIDA Y PSICOPATOLOGÍA

Comunicaciones Orales

Dra. M^a Jesús Mardomingo

Psiquiatra infantil y Presidenta de Honor de la AEPNYA

Moderador: José Ángel Alda

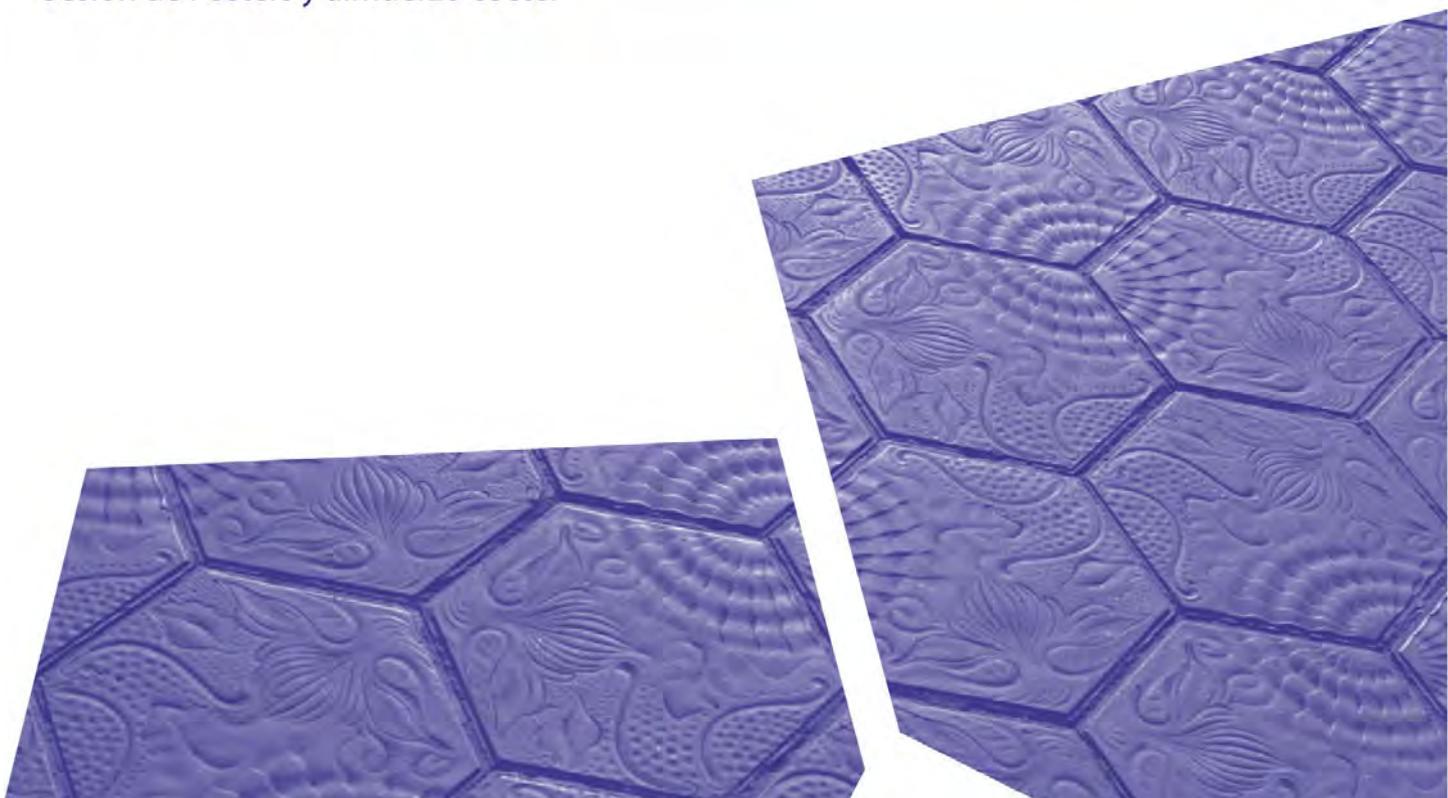
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Conferencia patrocinada por SHIRE

14:30-16:00

NH Constanza

Sesión de Pósters y almuerzo cóctel



16:00-17:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Coordinador:

Celso Arango López

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

Unidad de hospitalización infanto-juvenil del Hospital Clínico de Valladolid

Carmina Ballesteros Alcalde

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital Clínico de Valladolid

Unidad de hospitalización infantil y juvenil del Hospital Clínic de Barcelona

Luisa Lázaro García

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona

Unidad de adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid

Dolores Maria Moreno Pardo

Sección de Psiquiatría del niño y del adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid

Sala Barcelona. NH Constanza

ETIOLOGÍA MULTIFACTORIAL EN LOS TEA (TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA)

Coordinadora:

Marta Maristany

UETD. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Explorando las bases genéticas de los TEA

Bru Cormand

Grupo de investigación de neurogenética. Facultad de Biología. Universidad de Barcelona

Substancias químicas en el ambiente y maduración cerebral. El caso de los TEA

Jordi Sunyer

Universitat Pompeu Fabra. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Center for Research on Environmental Epidemiology. Fundación IMIM. Barcelona

TEA en el DSM5 y Heterogeneidad fenotípica

Amaia Hervás

Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona

Sala Kursal. NH Constanza

DE LA GENÉTICA A LA INTERVENCIÓN EN TCA

Coordinador:

José Mariano Velilla Picazo

Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza

El polimorfismo -1438A/G del promotor del gen receptor de serotonina 5HT2A en adolescentes con Anorexia Nerviosa Restrictiva

Paloma Gil Puga

Fundación Andrea Prader. Zaragoza

Estudio gemelar de TCA en la comunidad valenciana

Luis Rojo Moreno

Sección de Psiquiatría Infantil. Unidad de TCA. Hospital La Fe. Universidad de Valencia

Intervención comunitaria en TCA y sobrepeso en el Norte de España

Pedro Manuel Ruiz-Lázaro

Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Clínico de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud I+CS

17:30-19:30

Auditorio AXA

Asamblea AEPNYA

21:00

Cena en el Museu Picasso

SÁBADO 12 DE MAYO

09:00-10:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

TDAH: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS, IMPACTO FUNCIONAL Y APLICACIÓN CLÍNICA

Coordinador: Cesar Soutullo
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Neuroimagen en TDAH en edad infantil y adolescente

Oscar Vilarroya
Unitat de Recerca en Neurociència Cognitiva (URNC). Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona.

Factores genéticos implicados en el TDAH en la infancia: Papel del sistema dopaminérgico

Marta Ribasés
Servicio de Psiquiatría. Hospital Valle de Hebrón. Barcelona.

TDAH: Desde el genotipo al fenotipo. Implicaciones clínicas

Amaia Hervás
Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona

Sala Barcelona. NH Constanza

DIFERENTES ABORDAJES EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA DE INICIO INFANTO-JUVENIL

Coordinadora: Inmaculada Baeza Pertegaz
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, CIBERSAM. Hospital Clínic de Barcelona

Síntomas positivos: tratamiento de casos resistentes

Itziar Flamarique
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Abordaje multidisciplinar del tratamiento de los síntomas negativos

Àngels Piera
Hospital de Día Infanto-Juvenil de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme

El papel de la rehabilitación cognitiva

Olga Puig
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona

Sala Kursal. NH Constanza

PAIDOPSIQUIATRIA PSICOSOMATICA: LA INTERCONSULTA EN PSIQUIATRIA DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCENCIA O PAIDOPSIQUIATRIA DE ENLACE: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

Coordinador: Sabel Gabaldon Fraile
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

La Paidopsiquiatría psicósomática: Pasado

Óscar Herreros Rodríguez
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Linares, Hospital San Agustín. Jaén

La Paidopsiquiatría psicósomática: Presente

Xavier Gastaminza Perez
Paidopsiquiatría psicósomática. Unidad de Paidopsiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. UAB. Barcelona

La Paidopsiquiatría psicósomática: Futuro

Belen Rubio Morell
Unidad de Interconsulta y Enlace de Psiquiatría Infanto Juvenil. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife

10:30-11:00

Pausa Café

11:00-12:30 MESAS REDONDAS

Auditorio AXA

ASPECTOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Coordinadora:

María Dolores Domínguez Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (CHUS).
Universidad de Santiago

La evaluación de la competencia en el adolescente

Montserrat Esquerda Aresté
CSMIJ de Lleida

La confidencialidad en la relación terapéutica

Núria Terribas i Sala
Instituto Borja de Bioética.
Universidad Ramon Llull.
Barcelona

Aspectos éticos de la investigación psiquiátrica con niños y adolescentes

Sabel Gabaldón Fraile
Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto Juvenil.
Hospital Sant Joan de Déu.
Barcelona

Sala Barcelona. NH Contanza

CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA, NEUROBIOLOGÍA, CLÍNICA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

Coordinadora:

Montse Pàmias Massana

Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Neurobiología del suicidio

Victor Pérez Sola
Servei de Psiquiatria de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
CIBERSAM. Barcelona

Epidemiología y clínica de la conducta suicida en la adolescencia

Rebeca Gracia Liso
Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Abordaje terapéutico de la conducta suicida en pacientes adolescentes. Programa de intervención

Joaquim Puntí Vidal
Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell

Sala Kursal. NH Contanza

TRASTORNOS ALIMENTARIOS INFANTILES (FEEDING DISORDERS)

Coordinador:

Gonzalo Morande Lavin

Sección de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Diagnóstico y Seguimiento Nutricional

Consuelo Pedrón
Servicio de M. Digestivo y Nutrición. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Tratamiento Psicológico y Trabajo con padres

Beatriz Sanz
Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

Tratamiento Multidisciplinar de los Trastornos de Alimentación de la Primera Infancia

Francisca Gonzalez
Servicio de Rehabilitación.
Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

12:30-14:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA

Auditorio AXA

AVANCES RECIENTES EN LA COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL TOC PEDIATRICO: INNOVACIÓN Y CONSOLIDACIÓN

David Mataix-Cols. King's College London, Institute of Psychiatry. Londres. Reino Unido

Moderador: Luisa Lázaro García

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. CIBERSAM. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona. Universidad de Barcelona

14:00-14:30

Auditorio AXA

Entrega de Premios y Clausura

INFORMACIÓN GENERAL

FECHAS

Del 10 al 12 de mayo de 2012

SEDES

Auditorio AXA Avda. Diagonal, 547 08029 Barcelona Tel. 932 901 102 www.auditori.axa.es	Hotel NH Constanza C/ Deu i Mata, 69-99 08029 Barcelona Tel. 932 811 500 www.nh-hotels.com
--	--



SECRETARÍA TÉCNICA ANTES Y DESPUÉS DEL CONGRESO

Agora Events
C/ Pelai, 10, 1º 2ª B
08001 Barcelona
Tel. 932 427 714
Fax: 933 188 002
agora@agora-events.com
aepnya2012@agora-events.com
www.agora-events.com

SECRETARÍA TÉCNICA DURANTE EL CONGRESO

Auditorio AXA
Avda. Diagonal, 547
08029 Barcelona
Tel. 691 788 830

HORARIO DE LA SECRETARÍA

Jueves, 10 de mayo: de 08:00 a 21:00
Viernes, 11 de mayo: de 08:00 a 20:00
Sábado, 12 de mayo: de 08:30 a 15:00

DISTINTIVOS

Para una mejor organización será obligatorio llevar siempre el distintivo de manera visible.

Sólo se permitirá el acceso a las salas donde se celebren los distintos actos científicos a las personas acreditadas como congresistas.

PUNTUALIDAD

Para una mejor organización del Congreso y el correcto desarrollo de los actos, se ruega la máxima puntualidad en la asistencia a las sesiones científicas.



CERTIFICADO Y DIPLOMA DE ASISTENCIA

La organización entregará a todos los asistentes un certificado de asistencia junto con la documentación del congreso.

Los diplomas de asistencia donde constan los créditos otorgados por el Consejo Catalán de Formación Continuada y por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, serán entregados el sábado 12 de mayo.

La asistencia a las sesiones se controlará mediante lectores de Código de barras.

Los ponentes podrán solicitar también su certificado de ponente.

CAPACIDAD DE LAS SALAS DE CONFERENCIAS

El congreso de la AEPNYA 2012 utiliza varias salas de conferencias de manera simultánea, no pudiendo garantizar disponibilidad de asientos en cada una de las sesiones. Rogamos acudan a la sala de conferencias con antelación suficiente para garantizar su plaza.

ZONA WI-FI

Los asistentes dispondrán de cobertura WI-FI en las zonas comunes del auditorio AXA, la secretaría informará a los asistentes de la clave de acceso.

SERVICIOS DE RESTAURACIÓN

Los servicios de restauración incluidos en la cuota de inscripción son:

SERVICIO DE CAFÉ (Pausa Café): Se servirán en las zonas comunes del auditorio AXA y en la zona de exposición comercial ubicada en el hotel NH Constanza.

CENA DE BIENVENIDA: Cena cóctel servida en la zona de exposición comercial del Hotel NH Constanza el jueves 10 de mayo a las 20:00 horas.

ALMUERZO CÓCTEL: Se servirá en el Hotel NH Constanza en la zona de exposición comercial el viernes 11 de mayo a las 13:00 horas.

CENA CONGRESO: Tendrá lugar en el Museo Picasso de Barcelona. Se servirá una cena cóctel a partir de las 21:00 horas.

PREMIOS A PÓSTERS Y COMUNICACIONES

Premios a las mejores comunicaciones:

1º Premio: 1.000.- €

2º Premio: 800.- €

Premios a los mejores pósters:

1º Premio: 800.- €

2º Premio: 400.- €



INSCRIPCIONES

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	Antes de 1 de abril	A partir del 1 de abril
Socios AEPNYA	400 €	450 €
No socios	475 €	525 €
Médicos y Psicólogos en Formación (MIR y PIR) y Enfermería (1)	300 €	350 €
Estudiantes (1)	150 €	200 €

(1) Médicos y Psicólogos en Formación (MIR y PIR), Enfermería y Estudiantes: Para acogerse a estas cuotas, por favor adjunten fotocopia de documento acreditativo.

La cuota de estudiantes es aplicable a estudiantes de grado. El resto de estudiantes deberán acogerse a la cuota de Médicos y Psicólogos en formación.

OPCIONES PARA INSCRIBIRSE

Internet: www.barcelona2012.aepnya.org
Disponible inscripción ON-LINE y descarga de formulario en formato PDF.

E-mail: aepnya2012@agora-events.com

Correo: AGORA EVENTS. C/ Pelai, 10, 1º 2ª B.
Barcelona 08001

No se aceptará ninguna inscripción sin el correspondiente comprobante de pago

FECHA LÍMITE PARA ACOGERSE A LA CUOTA REDUCIDA

1 de abril de 2012. Antes de esta fecha la Secretaría deberá haber recibido tanto el formulario de inscripción como el pago.

FECHA LÍMITE PARA INSCRIBIRSE ANTES DEL CONGRESO

4 de mayo de 2012. A partir de esta fecha, la inscripción deberá realizarse en el Auditorio AXA, en el mostrador de inscripciones.

CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

La Secretaría no confirmará ninguna inscripción sin el correspondiente justificante de pago.

Una vez recibido el boletín de inscripción junto al pago correspondiente la Secretaría Técnica enviará por e-mail la confirmación de inscripción.

CANCELACIONES Y CAMBIOS

Las cancelaciones deberán realizarse por escrito. Todas las cancelaciones recibidas antes del 1 de abril tendrán derecho a la devolución del 75% del importe abonado. A partir de dicha fecha no se realizarán devoluciones.

Los cambios de nombre tendrán un coste de 10€ en concepto de gastos administrativos.

ALOJAMIENTO

La organización ha reservado un cupo de habitaciones en hoteles muy cercanos a la sede del congreso.

Dada la alta ocupación en Barcelona durante ese fin de semana por coincidir con la celebración de un importante acontecimiento deportivo, aconsejamos realicen sus reservas a la mayor brevedad posible.

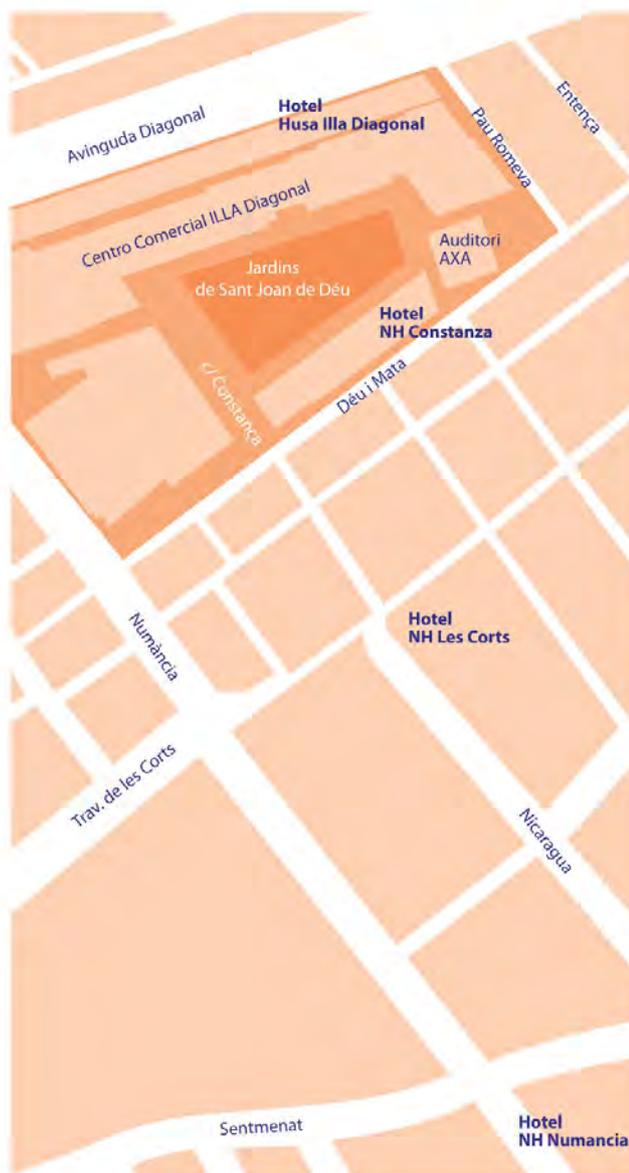
SELECCIÓN DE HOTELES

Precios por habitación y noche, desayuno e IVA incluido.

	SINGLE Room	DOUBLE Room
NH Constanza****	161,00 €	179,00 €
Husa Illa Diagonal****	138,00 €	150,00 €
NH Numancia***	120,00 €	130,00 €
NH Les Corts Hotel***	120,00 €	130,00 €

Fecha límite para realizar reservas de habitaciones: **1 de Abril de 2012.**

La Secretaría Técnica no garantiza disponibilidad de habitaciones pasada esta fecha.



FICHA TECNICA CONCERTA

FUNDACION O'BELEN

ANUNCIO CONCERTA