

PREMIO AEPNYA DE INVESTIGACIÓN 2016

Implementación de un programa de identificación terapéutica
de depresión en adolescentes en el área sanitaria de Santiago
de Compostela

L. Varela Reboiras, J.A. Mazaira Castro, J.B. Brenlla González, G. Atienza Merino 229

ARTICULO ORIGINAL

Experiencia en la utilización de lisdexanfetamina en el manejo
del TDAH de niños y adolescentes

ME. Russi..... 241

CASO CLÍNICO

Estructura de personalidad límite en adolescentes. A
propósito de un caso

A. Osorio Guzmán y R. Gordo Seco..... 250

**El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) como
herramienta de cribado para el Trastorno por Déficit de
Atención e Hiperactividad**

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, C. Martínez Reglero, Ó. Blanco Barca R. Leis Trabazo 255

La tranquilidad = estar a gusto x (70x7)

S. Gallego Villalta; I. Octavio Del Valle; A. Rivas Aunes; D. Sarasa Claver; T. Colomer Simón 264

Trastorno bipolar infantil: A propósito de un caso

P. Fernández-Sotos, E. Albaladejo Gutiérrez, N. Carrera Solera 269

NORMAS DE PUBLICACIÓN **274**

Medikinet®

Metilfenidato hidrocloreto
Cápsulas duras de liberación modificada



EL CONTROL DEL TDAH
DESDE EL PRINCIPIO DEL DÍA
HASTA EL FINAL DE LA JORNADA¹⁻⁴

* Indicado en el Trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH).



Investigamos para crecer en salud



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno

Vice-presidente: José Ángel Alda

Secretario: Carlos Imaz

Tesorera: Beatriz Payá

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio

Vocales: Rafaela Caballero, Pilar Baos y Kristian Naenen

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

Luisa Lázaro ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

Belén Rubio Presidente del Comité de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo por la AEPNYA

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez
C/ Almechiche 28
Churriana de la Vega
18194 - Granada
direccion.revista@aepnya.org

Publicación trimestral
Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

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

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

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

Copyright 2018

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

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

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €

ESTUDIANTES/MIRES 70 €

EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF email

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

PREMIO AEPNYA DE INVESTIGACIÓN 2016

Implementation of a therapeutic identification program of depression in young people in health area of Santiago de Compostela

L. Varela Reboiras, J.A. Mazaira Castro, J.B. Brenlla González, G. Atienza Merino 229

ORIGINAL

Experience in the use of lisdexamfetamine in the management of ADHD of children and adolescents

ME. Russi..... 241

CASE REPORTS

Border line personality structure in adolescents. A case study

A. Osorio Guzmán y R. Gordo Seco..... 250

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening tool for Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, C. Martínez Reglero, Ó. Blanco Barca R. Leis Trabazo 255

Calm = getting comfortable x (70x7)

S. Gallego Villalta; I. Octavio Del Valle; A. Rivases Aunes; D. Sarasa Claver; T. Colomer Simón 264

Pediatric bipolar disorder: Description of a case

P. Fernández-Sotos, E. Albaladejo Gutiérrez, N. Carrera Solera 269

NORMAS DE PUBLICACIÓN **274**

**L. Varela Reboiras, J.A. Mazaira Castro, J.B. Brenlla
González, G. Atienza Merino**

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de
Compostela. Población: Santiago de Compostela

Correspondencia:

Lucía Varela Reboiras. Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de
Compostela.
Travesía da Choupana s/n. 15706.
Santiago de Compostela.
Correo electrónico: lu-manselle@hotmail.com

*Implementación de un
programa de identificación
terapéutica de depresión
en adolescentes en el área
sanitaria de Santiago de
Compostela*

*Implementation of a
therapeutic identification
program of depression in
young people in health area of
Santiago de Compostela.*

Resultados preliminares del trabajo: Varela L, Mazaira JA, Brenlla JB, Atienza G. Implementación del programa TIDY (identificación terapéutica de la depresión en adolescentes) en el área sanitaria de Santiago de Compostela. En 61º Congreso AEPNyA: Integrando miradas. Castellón de la Plana, 15-17 junio de 2017.

RESUMEN

Objetivo: Implementar y evaluar un programa de identificación terapéutica de depresión en adolescentes desarrollado en el Reino Unido (TIDY), entre adolescentes de 13-16 años que acuden a centros de Atención Primaria (AP) del área de Santiago de Compostela.

Material y métodos: Se reclutaron profesionales de AP (PAP) que voluntariamente quisieron participar en el estudio, cuasi-experimental, de diseño antes-después. Se compararon estadísticamente los cambios en sus conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente y las tasas de cribado e identificación de la misma en los 80 días laborables antes y después de un periodo de formación. Se estudiaron también detalles específicos de la consulta de AP.

Resultados: A pesar de la baja tasa de participación (23,19%), se observó una mejoría en los conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente, siendo sólo significativa en una de las características que se incluye en el diagnóstico de depresión ($p < 0,05$). Después de la formación se pasó de no hacer cribado a aplicarlo sistemáticamente. Las tasas de identificación bajaron del 3,39% al 0,86%. Dicha identificación se asoció con estar en seguimiento por depresión en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil ($p = 0,01$), tener antecedentes de problemas de salud mental ($p = 0,03$), y tener un estado de salud subjetivo regular o malo ($p = 0,04$).

Conclusiones: El programa TIDY es un enfoque factible para mejorar la identificación de depresión adolescente en AP. Se requiere una evaluación adicional

en un ensayo aleatorizado para evaluar la precisión del profesional, el impacto clínico y el coste-beneficio.

Palabras clave: Depresión; adolescentes; TIDY; profesionales de Atención Primaria.

ABSTRACT

Objective: Implement and evaluate a therapeutic identification program for depression in adolescents developed in the United Kingdom (TIDY), among adolescents aged 13-16 who attend Primary Care (PC) centers in the Santiago de Compostela area.

Material and methods: PC professionals (PCP) were recruited who voluntarily wanted to participate in the study, quasi-experimental, of before-after design. The changes in their knowledge and attitudes towards adolescent depression and the screening and identification rates of it in the 80 working days before and after a period of training were statistically compared. Specific details of the PC consultation were also studied.

Results: In spite of the low rate participation (23,19%), an improvement in knowledge and attitudes towards adolescent depression was observed, being only significant in one of the characteristics included in the diagnosis of depression ($p < 0.05$). After the training, it went from not doing screening to applying it systematically. The identification rates fell from 3.39% to 0.86%. This identification was associated with being monitored for depression in the Child-Mental Health Unit ($p = .01$), having a history of mental health problems ($p = 0.03$) and having a regular or bad subjective health status. ($p = 0.04$).

Conclusions: The TIDY program is a feasible approach to improve the identification of adolescent depression in PC. An additional evaluation is required in a randomized trial to assess the professional's accuracy, clinical impact and cost benefit.

Key words: Depression; teenagers; TIDY; Primary Care professionals.

INTRODUCCIÓN

La depresión en la infancia y adolescencia es un trastorno frecuente, ya que hasta un 20% de los jóvenes de 18 años habrá sufrido en su vida al menos un episodio depresivo clínicamente relevante (1), y afecta de manera importante al estado funcional. También existen evidencias de su posible prolongación a la etapa adulta (2-6).

Además del coste personal, la depresión en estos grupos de edad puede conllevar un grave coste social al asociarse con abuso de drogas, conductas sexuales de riesgo, aumento de la agresividad, conductas delictivas, y trastornos alimentarios (5, 7, 8). También es uno de los principales factores de riesgo de suicidio en adolescentes (9, 10), que en España es la segunda causa de muerte entre los 15-19 años (Datos INE 2014 y 2015) (11).

La Atención Primaria (AP) ofrece la posibilidad de una detección e intervención precoces de la depresión, si bien hay estudios que muestran que sus profesionales dedican menos tiempo de consulta a los adolescentes que a los adultos (12), y que identifican a una minoría de los que presentan síntomas psicológicos graves (13). Además, algunos médicos consideran difícil la comunicación con los adolescentes (14), tienen miedo a medicalizar sus vidas (15-16) y reticencia a discutir los problemas psicológicos, incluso cuando se percibe que están presentes. Todo ello podría contribuir a una baja tasa de identificación de trastornos emocionales, que cuando se realiza no suele ir asociada a un tratamiento específico o seguimiento (17, 18).

Teniendo en cuenta el probable infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión entre los adolescentes, Kramer et al. desarrollaron en el Reino Unido el programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young people), con el objetivo de dar apoyo a los médicos de AP a la hora de identificarla y de iniciar una breve intervención psicológica (19). Dado que la frecuentación de los adolescentes a las consultas es baja (20), Kramer et al. diseñaron una intervención oportunista integrada en la práctica asistencial de AP (19).

No conocemos estudios previos en nuestro país que aborden la identificación precoz de depresión adolescente, siendo nuestra hipótesis que una adecuada formación de los profesionales de AP (PAP) incrementaría el porcentaje diagnóstico. Por tanto, los objetivos de este

trabajo son: implementar un programa de formación en la identificación de la depresión mayor en adolescentes de 13-16 años que acuden a consulta de AP del área sanitaria de Santiago de Compostela, y evaluar los cambios en sus conocimientos y actitudes y los resultados en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuasi-experimental de diseño antes-después, para comparar los cambios en los conocimientos y actitudes de los PAP y las tasas de cribado e identificación de la depresión adolescente en los 80 días laborables antes y después de la formación recibida.

Reclutamiento de la muestra de estudio

Durante el segundo trimestre de 2016 se realizó un reclutamiento de PAP del área sanitaria de Santiago (médicos de familia y pediatras) mediante el envío de una invitación a participar en el estudio por medio del correo electrónico corporativo y a través de reuniones informativas en las distintas unidades de AP. Se incluyeron todos aquellos profesionales que, tras ser informados del protocolo de investigación, decidieron participar voluntariamente.

Fase de intervención

Se circunscribe al programa de formación de los PAP durante el mes de septiembre de 2016, que consistió en dos sesiones de una hora, separadas 1 semana. Los participantes fueron distribuidos en 3 grupos para asegurar su asistencia y la docencia fue impartida por dos psiquiatras infanto-juveniles. El contenido formativo consistió en una introducción sobre la importancia de la depresión adolescente y en la explicación pormenorizada del manual del programa TIDY (19, 21-23), cuya traducción fue entregada a cada uno, junto con un resumen del protocolo a aplicar. Entre 1-2 meses después se convocó otra reunión con los 3 grupos para que consultasen las dudas que hubieran surgido.

El programa incluye los siguientes pasos: 1) cambiar el enfoque de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos; 2) realizar un cribado psiquiátrico general; 3) explorar el bajo estado de ánimo, irritabilidad sostenida y otros síntomas depresivos, mediante un algoritmo

diagnóstico basado en los criterios estandarizados de la CIE-10 (24) y DSM-IV (25); y 4) ofrecer una intervención psicoterapéutica breve en los trastornos leves-moderados, con derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) de referencia si son graves (ver anexo 1).

La intervención breve, basada en los principios de la terapia cognitiva conductual (TCC) e interpersonal (TIP), implica ofrecer retroalimentación (formulación y psicoeducación), estrategias de afrontamiento (identificación de un confidente, aumento gradual de la actividad, auto-refuerzo positivo del progreso) y revisión futura (ver anexo 1).

En todos los participantes se evaluó el nivel de conocimientos y su actitud hacia la depresión, antes y después de la etapa formativa. Dicha evaluación se realizó mediante un cuestionario de 14 ítems sobre conocimientos, 2 de ellos subdivididos a su vez en 5, que se contestan con verdadero o falso, y de 6 ítems sobre actitudes, con los que los profesionales se muestran de acuerdo o en desacuerdo. Este cuestionario es una traducción al español del utilizado en el estudio original (23) (ver tabla 1).

Implementación del programa de identificación

El estudio obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo, con el código de registro 2015/587.

Para la implementación clínica del programa de identificación se solicitó su aplicación a los profesionales participantes en todos los pacientes entre 13 y 16 años que acudiesen a consulta por cualquier motivo durante un período de estudio de 80 días laborables.

VARIABLES ESTUDIADAS

Variable principal:

- Nivel formativo y actitudes acerca de la depresión en los PAP participantes.

VARIABLES SECUNDARIAS:

- Relacionadas con la depresión: diagnóstico empírico, cribado, diagnóstico operativo/criterios diagnósticos y síntomas.
- Relacionadas con aspectos de la consulta de AP: consulta dentro del Programa del Niño Sano (PNS), existencia de seguimiento en USMI-J por depresión, asistencia en solitario a la consulta,

Tabla 1. Porcentajes de acierto en cada ítem del cuestionario de conocimientos y actitudes de los PAP antes y después de aplicar el programa TIDY.		
	Antes de la intervención (n=16)	Después de la intervención (n=7)
Conocimientos		
Prevalencia de trastornos depresivos en los adolescentes de la comunidad (aproximadamente el 1% -8%)	93,75 %	100%
Tasa de los trastornos depresivos en adolescentes que asisten a Atención Primaria (aproximadamente 20%)	18,75 %	57,14 %
Características que se incluyen en el diagnóstico de la depresión:		
Irritabilidad	93,75 %	100%
Trasnochar	40%	0%
Faltar a la escuela	0%	14,29%
Pérdida de interés en actividades	100%	100%
Aumento de apetito	40%	100%*
Incluso la depresión leve a moderada en los adolescentes se asocia con un mayor riesgo de depresión en la edad adulta	100%	85%
La depresión en los adolescentes suele ser de corta duración y la mayoría se recupera dentro de 4-6 semanas	73,33 %	42,86 %
La depresión en la adolescencia se asocia con relaciones deterioradas en la edad adulta	87,5 %	71,43 %
La depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de los comportamientos de riesgo para la salud (por ejemplo, mal uso de alcohol y otras drogas, actividad sexual de riesgo)	81,25 %	85,71 %
La depresión en adolescentes está vinculada a altos niveles de enfermedad depresiva en familia	93,33 %	85,71 %
Tratamiento basado en la evidencia para la depresión:		
Terapia cognitivo-conductual	93,33 %	100%
Terapia interpersonal	85,71 %	100%
Terapia de exposición	76,92 %	42,86 %
Relajación	28,57 %	28,57 %
Fluoxetina	78,57 %	100%
La depresión en adolescentes por lo general ocurre después de un evento estresante en su vida	42,86 %	28,57 %
Las directrices NICE recomiendan tratamientos psicoterapéuticos como intervención de primera línea para la depresión leve a moderada	73,33 %	100%
Las directrices NICE recomiendan mayor implicación de Atención Primaria en la detección de la depresión en los jóvenes	100%	100%
Las directrices NICE para la depresión infantil y adolescente recomiendan utilizar la fluoxetina para los adolescentes deprimidos de forma moderada o grave	92,86 %	100%

Los antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) se han relacionado con mayor riesgo de ideación suicida en los adolescentes	53,33 %	71,43 %
Total aciertos	70,39 %	73,38 %
Actitudes		
Estoy segur@ de que reconozco cuando los adolescentes están deprimidos	18,75 % de acuerdo	57,14 % de acuerdo
Me siento confiad@ sobre el manejo de la depresión en adolescentes	12,5 % de acuerdo	14,29 % de acuerdo
La depresión en adolescentes puede ser tratada en Atención Primaria	37,5 % de acuerdo	57,14 % de acuerdo
La depresión en adolescentes no es realmente asunto del médico o de la enfermera de Atención Primaria y debe ser tratada por otros profesionales	68,75 % desacuerdo	85,71 % desacuerdo
Yo no tengo tiempo para tratar la depresión adolescente	62,5 % desacuerdo	57,14 % desacuerdo
La depresión en la adolescencia no debe ser medicalizada	56,25 % desacuerdo	85,71 % desacuerdo
La cursiva indica que la declaración es incorrecta. *Prueba Chi cuadrado con corrección de Yates, $p < 0,05$		

número de asistencias a la consulta de AP (1 ó >1), edad y sexo del adolescente, estado de salud subjetivo, antecedentes personales psiquiátricos y presencia de estrés psicosocial percibido por el profesional.

- Relacionadas con las intervenciones del programa: retroalimentación (nombrar, describir, relacionar, informar, folleto), estrategias de afrontamiento (ayuda, actividades con auto-refuerzo, refuerzo positivo), seguimiento, derivación y utilidad.

Medida de los resultados y análisis de datos

La variable principal se evaluó mediante el cuestionario descrito anteriormente.

Para evaluar las variables secundarias se utilizaron hojas de recogida de datos y listas de verificación (ver anexo 2).

El análisis de datos se realizó de forma estadística, usando el programa IBM SPSS Statistics 21. Se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba Chi-Cuadrado de Pearson con corrección de Yates y test exacto de Fischer) para evaluar los cambios en los conocimientos y actitudes hacia la depresión adolescente antes y después de recibir la formación; odds ratio entre las variables de diagnóstico y cribado de depresión; distribuciones de frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y cuantitativas; estadísticos descriptivos para las variables continuas; número y proporción para las variables no continuas;

y cruces entre las variables género y edad, utilizando como estadístico de significatividad el análisis de la varianza, y entre las variables de cribado y diagnóstico de la depresión con género, edad y detalles de la consulta de AP, usando la prueba Chi-cuadrado de Pearson con corrección de Yates.

RESULTADOS

En los 80 días laborables antes de la formación en el programa TIDY (primera parte del estudio) participaron 16 PAP (de un total de 69). En los 80 días laborables después de la formación en el programa TIDY (segunda parte del estudio) hubo una tasa de abandono del 56,25% (ver tabla 2).

Cambios en los conocimientos y actitudes de los PAP

En la tabla 1 se muestran los porcentajes de acierto a las preguntas sobre conocimientos de la depresión adolescente, siendo el total del 70,39% inicialmente y, tras la formación recibida, del 73,38%.

En términos de actitudes (tabla 1), ya antes de realizar la formación, eran favorables hacia el tratamiento de la depresión adolescente en AP y la disponibilidad del tiempo necesario para ello, pero la mayoría de los PAP dudaban de ser capaces de reconocerla adecuadamente (el 81,25%), y muy pocos se sentían confiados sobre cómo manejarla (únicamente el 12,5%). Tras la formación se

observó una mejoría en la confianza auto-percibida en el reconocimiento y manejo de la depresión adolescente y en lo relativo a que puede ser tratada en AP. Todos aquellos que finalizaron el estudio consideraron útil el programa.

Adolescentes cribados e identificados antes y después de implementar el programa

En la primera parte del estudio se atendieron 1209 adolescentes entre 13-16 años y, en la segunda, 347, la mayoría por pediatras.

En esa primera parte del estudio, los PAP identificaron 41 adolescentes con posible depresión en base a su juicio clínico (3,39%) y, en la segunda, aplicaron el cribado a todos los adolescentes que acudieron a su consulta, resultando positivo en un 2,30%, y diagnosticando depresión mediante criterios diagnósticos al 0,86% de ellos (ver gráfico 1).

Si tenemos en cuenta sólo los PAP que continúan en la segunda parte del estudio, estos, siguiendo su práctica habitual, diagnosticarían 1,72 veces más casos de posible depresión que si se realiza un cribado reglado mediante dos preguntas clínicas. Aunque en la segunda parte sabemos que de los 8 casos, sólo 3 cumplieron los criterios de depresión, no tenemos los datos de lo que pasó en la primera parte (ver gráfico 2).

Aspectos de la consulta de AP

La media de edad de los adolescentes vistos en la primera parte del estudio fue de $13,7 \pm 0,02$ años y en la segunda, de $13,74 \pm 0,04$ años. Un 45,5% fueron mujeres y un 54,5% hombres, no observándose diferencias significativas. Un 27,09% acudió a realizar el control del PNS, un 1,15% estaba acudiendo a la USMI-J por depresión, únicamente el 2,59% consultó solo, el 17% presentaba > 1 asistencia a la consulta de AP, el 12,10% presentaba un estado de salud subjetivo entre regular y malo, el 11% presentaba antecedentes de problemas de salud mental (sobre todo, TDAH) y el 72,6% presentaba algún tipo de estrés psicosocial percibido por el PAP.

En la tabla 3 se muestran las relaciones entre el cribado de depresión y las variables recogidas en las consultas de AP, observándose significación estadística con acudir a un mayor número de consultas ($p=0,04$) y con un estado

de salud subjetivo regular o malo ($p=0,00$).

En la tabla 4 se muestran las relaciones entre diagnóstico de depresión y las variables recogidas en las consultas de AP, observándose significación estadística con estar

Tabla 2. Profesionales de AP que participaron en el estudio.

		% participación 2ª parte	N 1ª parte
Mujeres	Pediatra	50 %	6
	Médica de familia	50 %	2
Hombres	Pediatra	50 %	2
	Médico de familia	33,3 %	6
Total	Profesionales AP	43,75 %	16

Tabla 3. Relaciones entre el cribado de depresión del programa TIDY y las variables recogidas en la consulta de AP.

Variables estudiadas	Cribado positivo	Cribado negativo	Significatividad
C. niñ@ san@	0,0 %	27,7 %	
Seguimiento USMI-J	12,5 %	0,9 %	
Consulta sol@	12,5 %	2,4 %	
Asistencias	50,0 %	16,2 %	$p=0,042$
E. salud subjetivo	87,5 %	10,3 %	$p=0,000$
A.P.P.	37,5 %	10,3 %	
Estrés P-S	100,0%	72,0 %	

Tabla 4. Relaciones entre el diagnóstico de depresión del programa TIDY y las variables recogidas en la consulta de AP.

Variables estudiadas	Diagnóstico positivo	Diagnóstico negativo	Significatividad
C. niñ@ san@	0,0 %	21,7 %	
Seguimiento USMI-J	33,3 %	0,9 %	$p=0,011$
Consulta sol@	33,3 %	2,3 %	
Asistencias	33,3 %	16,9 %	
E. salud subjetivo	66,7 %	11,6 %	$p=0,043$
A.P.P.	66,7 %	10,5 %	$p=0,030$
Estrés P-S	100,0 %	74,4 %	

Gráfico 2. Odds Ratio de diagnóstico mediante práctica habitual frente a cribado, teniendo en cuenta sólo los profesionales de AP que finalizaron el estudio.

Primera parte (diagnóstico de depresión mediante la práctica clínica habitual):

- Adolescentes evaluados: 667
- Adolescentes diagnosticados de depresión: 26
- Porcentaje diagnóstico: 3,89%

Segunda parte (cribado positivo de depresión):

- Adolescentes evaluados: 347
- Adolescentes con cribado positivo de depresión: 8
- Porcentaje cribado positivo: 2,30%

ODDS RATIO (diagnóstico práctica habitual frente a cribado): OR 1,72 (IC 95 % 0,77 a 3,84)

en seguimiento por depresión en la USMI-J ($p=0,01$), presentar un estado de salud subjetivo regular o malo ($p=0,04$) y tener antecedentes personales de problemas de salud mental ($p=0,03$).

Los adolescentes en los que se identificó la presencia de un trastorno depresivo recibieron varios componentes del programa de identificación terapéutica.

DISCUSIÓN

Resumen de resultados

En líneas generales, se ha observado un aceptable nivel de conocimiento acerca de la depresión adolescente en los PAP de nuestro entorno, mejorando incluso tras la etapa de formación en el programa TIDY (23).

En cuanto a las actitudes, destacar que antes de realizar la formación, el porcentaje de facultativos que se consideraba formado en el reconocimiento y manejo de la depresión era bajo, mostrándose mayoritariamente proclive a tratarla en el ámbito de la Salud Mental. Estos ítems mejoraron tras la etapa formativa, excepto el que hacía referencia al tiempo disponible en consulta.

Estos resultados son diferentes a los encontrados en el estudio previo (23), en donde los cambios, tanto en conocimiento como en actitudes, fueron de carácter estadísticamente significativo.

En nuestro trabajo, las tasas de cribado de depresión adolescente pasaron del 0% antes de la implementación del método TIDY, al 100% después. En cambio, en el estudio original (23) pasaron del 0,7% al 20,9% después de la formación en dicho método.

En cuanto a las tasas de diagnóstico de depresión adolescente, pasaron del 3,39% al 0,86%. Sin embargo, en el estudio original (23) se incrementaron del 0,5% al 2,2%.

Según estos datos, la valoración de posibles casos de depresión adolescente realizada por nuestros PAP en base a su experiencia clínica parece no mostrar riesgo de sobrediagnóstico, aunque desconocemos su precisión (falsos positivos) y los casos que no son identificados (falsos negativos). Sin embargo, trabajos previos (13) indican que los juicios clínicos de los PAP sobre la presencia de depresión son altamente específicos, con pocos falsos positivos. Además, con la introducción del cribado y de los criterios diagnósticos del programa TIDY parece que aún se restringe más la posibilidad de falsos positivos, en comparación con otros programas de

cribado descritos en la literatura (23).

Destacar que la inmensa mayoría de los adolescentes no consultan solos en AP y que este podría ser un factor muy importante para realizar una correcta evaluación clínica (26).

Limitaciones y fortalezas del estudio

La tasa de participación de los PAP en el estudio de implementación del programa TIDY en el área sanitaria de Santiago fue más baja que en el estudio original (23), lo que limita la posibilidad de generalización. Sin embargo, aplicaron sistemáticamente el cribado de depresión como no se consiguió en el estudio original (23).

Destacar que en nuestro sistema sanitario fueron los pediatras los que más adolescentes vieron, entre 13 y 14 años, posiblemente debido al PNS (27), que consiste en unas revisiones bianuales preventivas; sin embargo, a partir de los 15 años, cuando pasan al médico de familia, la asistencia de adolescentes al sistema sanitario es menor (20).

La fuerza de este estudio radica en su adhesión a las recomendaciones de investigación de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia del SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social (28) y al Plan de Prioridades Sanitarias de la Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia (29). En adelante habría que explorar la factibilidad de implementar el método TIDY en el marco de un programa generalista, como puede ser el PNS (27), o como un instrumento de case-finding, poniendo a disposición de PAP una herramienta que les facilite el despistaje de posible depresión en caso de factores de riesgo, así como una serie de pautas estandarizadas y avaladas clínicamente para llevar a cabo una intervención breve de manera inmediata. Por último, también se podría explorar la posibilidad de trabajar con el ámbito educativo, lo requeriría ser investigado.

Implicaciones para la investigación

Sería interesante estudiar los factores que influyen en el abandono de los PAP de los programas específicos de formación e intervención en salud mental en su ámbito, dado que en nuestro estudio se detectó una tasa de abandono muy alta. Con este fin, paralelamente, también se está llevando a cabo otro estudio sobre viabilidad y aplicabilidad del programa TIDY en el SNS (30).

CONCLUSIÓN

Los programas de identificación terapéutica, como el TIDY, que combinan formación profesional, cribado y criterios diagnósticos, una intervención breve basada en TCC y TIP y criterios de derivación, podrían mejorar la detección y manejo clínico de la depresión en AP. Sin embargo, es necesario obtener evidencia adicional sobre seguridad, efectividad clínica y coste-efectividad a través de estudios controlados y aleatorizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 (1):Cd003380.
2. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, et al. Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281(12):1707-13.
3. Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(3):255-62.
4. Harrington R. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(5):465-73.
5. Rey J, Bella-AwusahTolulope T, Liu J. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2015. En: Joseph M. Rey. Mood disorders I Depression in children and adolescents [Internet]. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015. [citado 12 ene 2017] [pp 1-36]. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf>.
6. Birmaher B. Improving remission and preventing relapse in youths with major depression. *Am J Psychiatry*. 2014;171(10):1031-3.
7. Marcelli D. Adolescencia y depresión: un abordaje multifocal. Barcelona: Masson; 1992.
8. Alonso-Fernandez F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Barcelona: Labor; 1988.
9. Kann L, Kinchen SA, Williams BI, Ross JG, Lowry R, Grunbaum JA, et al. Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *J Sch Health*. 2000;70:271-85.
10. Brent DA. Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci*. 2001;932:106-28.
11. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Base de datos en internet]. Madrid: INE; [citado 09 jun 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175.
12. Jacobson LD, Wilkinson C, Owen PA. Is the potential of teenage consultations being missed?: A study of consultation times in primary care. *Fam Pract* 1994; 11:296-299.
13. Kramer T, Garralda ME. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173:508-513.
14. Illiffe S, Williams G, Fernandez V, Vila M, Kramer T, Gledhill J, et al. General practitioners' understanding of depression in young people: qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2008; 9(4):269-279.
15. Illiffe S, Gledhill J, da Cunha F, Kramer T, Garralda, ME. The recognition of adolescent depression in general practice: issues in the acquisition of new skills. *Primary Care Psychiatry* 2004; 9:51-56.
16. MacFarlane A, McPherson A. Primary health care and adolescence. *BMJ* 1995;311:825-826.
17. Martinez R. Factors that influence the detection of psychological problems in adolescents attending general practices. *Br J Gen Pract* 2006; 56:594-599.
18. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, Zuckerman BS, Hammond CS, Dietrich AJ. Primary care paediatricians' role and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. *Ambulatory Paediatrics* 2001; 1: 91-98.
19. Kramer T, Iliffe S, Gledhill J, Garralda ME. Recognising and responding to adolescent depression in general practice: Developing and implementing the Therapeutic Identification of Depression in Young people (TIDY) programme. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012;17(4) 482-494.
20. Westman A, Garralda ME. Mental health promotion for young adolescents in primary care: a feasibility study. *Br J Gen Pract* 1996; 46:317.

21. Iliffe S, Gallant C, Kramer T, Gledhill J, Bye A, Fernandez V, Vila M, Miller L, Garralda ME. Therapeutic identification of depression in young people: lessons from the introduction of a new technique in general practice. *Br J Gen Pract* 2012; 174-82.
22. Gledhill J, Kramer T, Illiffe S, Garralda ME. Training general practitioners in the identification and management of adolescent depression within the consultation: a feasibility study. *J Adolesc* 2003; 26:245-250.
23. Kramer T, Iliffe S, Bye A, Miller L, Gledhill J, Garralda ME. Testing the Feasibility of Therapeutic Identification of Depression in Young People in British General Practice. *J Adolesc Health* 2013; 52: 539-45.
24. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. text rev. 4th ed. Washington, DC: APA; 2000.
26. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and Young people: Identification and management in primary, community and secondary care. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015. [citado 12 ene 2017]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28#>.
27. Consultar en: http://www.agapap.org/druagapap/programa_neno_sano
28. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
29. Consultar: http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
30. Triñanes Pego Y, Rial Boubeta A, Varela Reboiras L, Mazaira Castro JA, Atienza Merino G. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, avalia-t; 2018.

Anexo 1. PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN TIDY (IDENTIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES)

. **El CRIBADO de depresión se realizará a todos los adolescentes de 13-16 años que acudan a la consulta** (¡es raro que consulten directamente por síntomas emocionales!).

Si el cribado es negativo, finaliza el proceso; si el cribado es positivo se pasa a la fase de profundizar en el DIAGNÓSTICO. Si el diagnóstico es negativo, finaliza el proceso; si el diagnóstico es positivo se procede a las pautas de **TRATAMIENTO**, incluyendo su derivación si se considera necesario.

- Si conoce a los adolescentes o sus familias considere si sabe de algún estresante particular que pudiera influir en su estado de ánimo; considere también si sería oportuno hablar con el adolescente a solas.

A) Atención habitual a la queja que se presente + CRIBADO de depresión

1- Haga la pregunta de transición (para cambiar el foco de la consulta de los síntomas físicos a los psicológicos)

Aparte de tu (por ejemplo, cefalea, acné...)... ¿qué tal has estado?

A veces (el síntoma físico)... puede empeorar si estás preocupado o estresado. ¿Hay algo en particular que te afecte esta temporada?

2- Haga alguna/s preguntas de cribado psiquiátrico general (facilita la discusión de aspectos psicológicos)

¿Tienes otras dificultades o preocupaciones en este momento?

¿Hay algo más que te esté molestando?

¿Tú cómo te ves más, feliz o triste?

3- Cribado para la depresión (para evaluar sus síntomas principales, estado de ánimo e irritabilidad)

1) ¿Te has sentido más triste o desanimado últimamente? ... ¿Has tenido más ganas de llorar o has llorado más de lo normal?

. Sí: aclarar frecuencia y duración:

¿Cuánto tiempo te dura?

¿Con qué frecuencia te sientes así?

¿Cuándo empezaste a sentirte así?

Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces/semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)

. No: pasar a pregunta 2

2) ¿Últimamente te has sentido más enfadado o irritable de lo habitual?

. Sí: aclarar frecuencia y duración:

¿Cuánto tiempo te dura?

¿Con qué frecuencia te sientes así?

¿Cuándo empezaste a sentirte así?

Si los síntomas son frecuentes (> 3 horas 3 veces a la semana) y persistentes (duran > 2 semanas): puntúe 1 y continúe con el diagnóstico de depresión (apartado B)

. No: finaliza el proceso de cribado. Complete la lista de verificación

B - DIAGNOSTICAR la depresión

• Evaluar los síntomas asociados y su impacto: Te voy a preguntar sobre otros cambios que podrías haber notado mientras te has estado sintiendo triste/desanimado/...

1. *¿Cambio en el peso o en el apetito?*

2. *¿Cansado o con falta de energía?*

3. *¿Cambio en el patrón de sueño?*

4. *¿Inquieto o enlentecido?*

5. *¿Dificultad para concentrarte o prestar atención a lo que haces?*

6. *¿Has perdido el interés en cosas que te gustaban o no las disfrutas como antes?*

7. *¿Te sientes culpable de cosas?*

8. (siempre) ¿Has llegado a sentirte desesperado..., has llegado a desear estar muerto, o a pensar en hacerte daño.. o en suicidarte?
- **.Si 1 ó menos son positivas finalice aquí, y complete la lista de verificación.**
 - **.Si 2 ó más son positivas continuar preguntando sobre el impacto de los síntomas.**

- Aclarar impacto:

1. Los síntomas interfieren en el rendimiento escolar.
2. Los síntomas afectan a tus relaciones con la familia.
3. Los síntomas afectan a las amistades.

La puntuación mínima para confirmar el diagnóstico es: bajo estado de ánimo y/o irritabilidad presentes, 2 síntomas asociados y 1 nivel de impacto. Si es positivo proceder al tratamiento.

C- TRATAMIENTO

1. Dar retroalimentación

- Nombrarlo (como depresión)
- Describirlo (en términos de relacionar estado de ánimo, síntomas físicos, comportamiento, incluir los síntomas que ha contado...)
- Relacionarlo con estresores (a situaciones y circunstancias conocidas)
- Dar información sobre la depresión (es frecuente, le pasa a mucha gente joven, se pasa mal y puede afectar a tu vida de muchas formas..., suele acabar pasando, aunque a veces tarda meses, pero se pueden hacer muchas cosas para ayudar, hay varios tratamientos eficaces).
- Dar un folleto (reforzando la información verbal).

2. Estrategias de afrontamiento

Movilizar ayuda/identificar un confidente (para ayudar a sentirte mejor vamos a elegir a alguien a quien puedas contar cómo te has estado sintiendo)

Programación de actividades con autorrefuerzo (animar a plan para hacer cosas con las que pueda disfrutar, felicitar a sí mismo cuando lo consiga)

Dar refuerzo positivo (a pesar de sentirte tan mal has sido capaz de venir y contarlo, es un paso difícil y valiente y lo has hecho muy bien, felicidades)

3. Recordatorio: *Recuerda, la depresión suele acabar pasando!*

4. Invítale a volver: *pero si tarda o si quieres hablar más, por favor vuelve a verme, hay otras opciones que podríamos probar...*
Finalmente rellene la lista de verificación.

Anexo 2. LISTA DE VERIFICACIÓN CON LOS DATOS DE LOS ADOLESCENTES

(Marque con una X o complete lo que proceda)

Fecha: ___/___/___

Control niño sano: ...no ...sí

Ya está realizando seguimiento por depresión en la USMI-J: ...no ...sí

El/la joven consultó sol@: ...sí ...no

Asistencia: ...1ª...2ª...3ª...4ª...5ª...6ª...7ª...8ª...9ª...10ª

Edad del/de la joven: ___ años

Sexo del/la joven: ...hombre ...mujer

- Estado de salud subjetivo del/de la joven:muy bueno.....bueno.....regular.....malo..... muy malo

- Antecedentes personales de problemas de salud mental: ...sí...no

- Estrés psicosocial experimentado por el/la joven:ninguno.....muy poco...poco...regular...
mucho...muchísimo

Cribado para depresión: ...negativo ...positivo ...previo - ...previo +

- Diagnóstico de depresión: ...no...sí

Nº síntomas asociados: ...2...3...4...5...6...7...8

- Medidas del programa adoptadas:

240

- Ninguna
- Retroalimentación: ...nombrarla...describirla...relacionarla...informar...folleto
- Estrategias de afrontamiento:
...ayuda.....actividades con autorrefuerzo.....refuerzo+
- Seguimiento
- Derivación

María Eugenia Russi

Neuropediatra Adjunta. Servicio de Neurología Pediátrica-Hospital Sant Joan de Déu

Correspondencia:

Dra. María Eugenia Russi
Servicio de Neurología. Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu, 2
08950 Espulgues de Llobregat. Barcelona-España
e-mail: mrussi@hsjdbcn.org

*Experiencia en la utilización
de lisdexanfetamina en el
manejo del TDAH de niños y
adolescentes*

*Experience in the use of
lisdexamfetamine in the
management of ADHD of
children and adolescents*

RESUMEN

Introducción: El trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) constituye uno de los trastornos más frecuentes del neurodesarrollo, con una prevalencia estimada a nivel mundial de aproximadamente el 5% [1,2]. Hasta hace pocos años, las opciones farmacológicas utilizadas en España para el tratamiento del TDAH estaban circunscritas básicamente al metilfenidato en sus diferentes presentaciones (MFD), y a la Atomoxetina (ATX).

Desde el año 2014 disponemos en nuestro arsenal terapéutico del dimesilato de lisdexanfetamina (LDX); que es el primer psicoestimulante de larga duración con tecnología de profármaco, aprobado para su uso en España en niños en los que ha habido una inadecuada respuesta al tratamiento con metilfenidato, a partir de los 6 años de vida.

Con el advenimiento de la Guanfacina en 2016, hemos asistido a una ampliación considerable del abanico de opciones terapéuticas farmacológicas disponibles a nuestro alcance, posibilitando de esta manera un control más efectivo de los síntomas nucleares del TDAH.

Objetivos: El principal objetivo de este trabajo se centra en la descripción y caracterización de una población de

niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH, en los que se realizó ensayo terapéutico con LDX.

En base a los resultados obtenidos y a la revisión de la bibliografía, se presentan los diferentes “escenarios” en los cuales el uso de LDX ha demostrado ser de especial utilidad en el manejo de niños y adolescentes con TDAH.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio longitudinal y descriptivo, en el cual se revisaron por un lado las diferentes respuestas obtenidas con LDX en función de las características clínicas de la población objeto de análisis (niños y adolescentes de entre 6 y 18 años con diagnóstico de TDAH, previamente expuestos a diferentes pautas de MFD y/o ATX), así como el perfil de tolerabilidad y de efectos secundarios presentados.

Resultados: Se incluyeron en el trabajo 200 pacientes (n=200), de los cuales 140 fueron varones y 60 niñas (relación varón/niñas 2.3), con un rango de edades comprendido entre los 6 y los 18 años, y una media de edad de 15 años.

De los 200 pacientes incluidos, 178 (89%) presentaron una respuesta buena o muy buena, mientras que los 22 restantes (11%) tuvieron una inadecuada respuesta y/o una tasa de efectos secundarios que motivaron la suspensión del tratamiento con LDX.

Los que mejor respondieron al cambio a LDX fueron aquellos individuos en los que existía una respuesta previa parcial a diferentes pautas farmacológicas, en los que necesitaban múltiples tomas de MFD para obtener una mejor cobertura a lo largo del día, o en los que existían efectos indeseables sobre el “carácter” (especialmente en adolescentes sin otras comorbilidades asociadas).

El 89% de los pacientes presentaron efectos secundarios de intensidad leve-moderada (en la línea de los ya descritos con los psicoestimulantes), con tendencia a mejorar o desaparecer con el paso del tiempo. No se evidenciaron efectos secundarios graves en la serie analizada.

Conclusiones: Existe un perfil clínico de pacientes con diagnóstico de TDAH en los cuales el uso de LDX parece mostrar un alto perfil de eficacia, con una adecuada tolerabilidad a corto, mediano y largo plazo; y una aceptable tasa de efectos secundarios.

Palabras clave: TDAH. LDX. Psicoestimulantes. Tratamiento. Perfil terapéutico. Profármaco

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most frequent neurodevelopmental disorders, with an estimated worldwide prevalence of approximately 5% [1,2]. Until a few years ago, the pharmacological options in Spain for the treatment of ADHD were basically confined to methylphenidate in its different presentations (MFD), and to Atomoxetine (ATX).

Since 2014 we have in our therapeutic arsenal the lisdexanfetamine dimesylate (LDX); which is the first long-term psychostimulant with prodrug technology, approved for use in Spain in children in whom there has been an inadequate response to treatment with methylphenidate, from 6 years of age.

With the advent of guanfacine in 2016, we have witnessed a considerable expansion of the range of pharmacological therapeutic options available to us, thus enabling a more effective control of the core symptoms of ADHD.

Objectives: The main objective of this work focuses on the description and characterization of a population

of children and adolescents diagnosed with ADHD, in which a LDX therapeutic trial was conducted.

Based on the results obtained and the review of the literature, the different “scenarios” are presented in which the use of LDX has proved to be especially useful in the management of children and adolescents with ADHD.

Material and Methods: A longitudinal and descriptive study was carried out, in which the different responses obtained with LDX were reviewed on the one hand according to the clinical characteristics of the population under analysis (children and adolescents between 6 and 18 years old). with a diagnosis of ADHD, previously exposed to different MFD and / or ATX guidelines), as well as the tolerability profile and side effects presented.

Results: 200 patients were included in the study (n = 200), of which 140 were males and 60 girls (relation between males / girls 2.3), with a range of ages between 6 and 18 years, and an average of age of 15 years.

Of the 200 patients included, 178 (89%) had a good or very good response, while the remaining 22 (11%) had an inadequate response and / or a rate of side effects that led to the suspension of treatment with LDX.

Those who responded best to the change to LDX were those individuals in whom there was a partial prior response to different pharmacological guidelines, in which they needed multiple doses of MFD to obtain better coverage throughout the day, or in which there were undesirable effects. about “character” (especially in adolescents without other associated comorbidities).

89% of the patients presented side effects of mild-moderate intensity (in line with those already described with psychostimulants), with a tendency to improve or disappear with the passage of time. There were no serious side effects in the series analyzed.

Conclusions: There is a clinical profile of patients diagnosed with ADHD in whom the use of LDX seems to show a high efficacy profile, with adequate tolerability in the short, medium and long term; and an acceptable rate of side effects.

Keywords: ADHD; LDX; Psychostimulants; Treatment; Therapeutic profile; Pro-drug

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH) constituye uno de los trastornos neurobiológicos más frecuentes en la edad pediátrica. Caracterizado por unos niveles inadecuados de inatención, hiperactividad y/o impulsividad; el TDAH no sólo puede condicionar el desempeño académico de quien lo padece, sino también afectarle en todas las áreas de su vida personal, familiar y social [3, 4]. Con una prevalencia mundial estimada de aproximadamente el 5,29%, constituye un verdadero problema de salud pública, con un alto costo socioeconómico [2, 4, 5].

Actualmente existe consenso entre las principales guías clínicas y recomendaciones de expertos, en que el abordaje multimodal del TDAH (es decir, aquel que incluye aspectos psicológicos y de psicoeducación, pedagógicos y farmacológicos) no sólo constituye la opción terapéutica más recomendable, sino también la más coste-efectiva a mediano y largo plazo [6, 7, 8].

En las últimas décadas el tratamiento farmacológico del TDAH a nivel mundial, ha estado mayoritariamente repartido entre los psicoestimulantes (metilfenidato y anfetaminas) y los no-psicoestimulantes (atomoxetina y clonidina). Hasta hace pocos años atrás, el metilfenidato era considerado el tratamiento de primera elección en España en el 70% de los casos, seguido de la atomoxetina en el 30% restante [7].

La lisdexanfetamina constituye el primer profármaco psicoestimulante de larga duración, aprobado en Europa bajo el nombre de ELVANSE®, para el tratamiento de niños a partir de los 6 años de edad, en los cuales haya existido una respuesta inadecuada a pautas previas de metilfenidato.

El principal objetivo de este trabajo se centra en la caracterización de los diferentes perfiles clínicos en los cuales el uso del LDX parece mostrar especial utilidad y eficacia. Para ello se evaluaron las respuestas obtenidas con LDX, la tolerabilidad presentada y la presencia de efectos indeseables; en una población de niños y adolescentes de entre 6 y 18 años previamente expuestos a diferentes pautas de MFD y/o ATX.

Además, se revisó la literatura existente hasta la fecha, a fin de determinar si nuestros datos eran concordantes y extrapolables a los ya publicados en países con mayor experiencia en el uso de dicho fármaco. Y secundariamente se analizaron las principales

características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la LDX con posibles implicancias en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio longitudinal, descriptivo y cualitativo, en el cual se analizaron las diferentes respuestas obtenidas con LDX en función de las características clínicas de una población de niños y adolescentes de entre 6 y 18 años con diagnóstico de TDAH, previamente expuestos a diferentes pautas de MFD y/o ATX.

RESULTADOS

Se incluyeron en el trabajo un total de 200 pacientes (n=200), que cumplieran criterios diagnósticos de TDAH (según el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, en su versión DSM-V); clasificándolos en “TDAH de presentación combinada” en el 63.5 % de los casos, y TDAH de presentación “predominantemente con falta de atención” en el 36.5% restante.

Treinta y cinco pacientes (17.5%) fueron considerados bien TDAH “secundarios” a un Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) o a un Daño Cerebral Adquirido (DCA); o bien TDAH “comórbido” cuando la sintomatología TDAH acompañaba a otros trastornos del neurodesarrollo, como la discapacidad intelectual (DI) o el trastorno del espectro autista (TEA). De estos, 12 pacientes presentaban una DI leve o moderada (6%), 8 pacientes un TEA (4%), 14 pacientes un TEAF (7%), y el caso restante un DCA por traumatismo craneoencefálico grave en la primera infancia (0.5%). Los otros 165 individuos (82.5%) fueron catalogados como TDAH “primarios” (es decir de causa genética y sin otra patología aparentemente asociada).

Del total de la muestra analizada, 140 pacientes (70%) eran varones y 60 (30%) niñas (relación varón/niñas 2.3); con un rango de edades comprendido entre los 6 y los 18 años, y una media de edad de 15 años.

Todos habían estado expuestos previamente a diferentes pautas de MFD y/o ATX; y habían presentado una inadecuada respuesta al tratamiento farmacológico implementado, motivando el subsiguiente cambio a LDX. Ciento setenta y siete pacientes (88.5%) habían recibido MFD sólo (en diferentes presentaciones y combinaciones), mientras que los 23 restantes (11.5%) primero recibieron MFD y posteriormente ATX.

En relación a los motivos del cambio a LDX se clasificaron de la siguiente forma:

1. Ausencia de eficacia en el control de los síntomas nucleares del TDAH con pautas previas de MFD o ATX, en 11 pacientes (5.5%).
2. Escasa o insuficiente eficacia en el control de los síntomas nucleares del TDAH con pautas previas de MFD o ATX, en 92 pacientes (46%).
3. Necesidad de múltiples tomas de MFD a lo largo del día porque el paciente se queda “corto de dosis”, en 44 pacientes (22%).
4. Mala tolerancia a pautas previas de MFD, en los 53 pacientes restantes (26.5%).

Con respecto a la dosificación empleada, 71 pacientes recibieron 30 mg/día (35.5%), 116 pacientes 50 mg/día (58%) y 13 pacientes 70 mg/día (6.5%). De estos, 178 individuos (es decir el 89% de la muestra), consideraron que la respuesta a LDX era superior a la obtenida con MFD o ATX; puntuando a la misma como “buena o muy buena” (utilizando una escala de 0 a 10, en la cual 0 equivalía a un “nulo control de los síntomas nucleares del TDAH” y 10 a un control “inmejorable”). Entre tanto, los 22 casos restantes (11%), presentaron una respuesta inadecuada y unos efectos indeseables de tales características, que motivaron la suspensión del tratamiento con LDX.

Los que mejor respondieron al cambio a LDX fueron aquellos pacientes en los que existía una respuesta previa parcial a diferentes pautas farmacológicas (respuesta positiva pero no óptima en el control de los síntomas nucleares del TDAH), o en los que necesitaban múltiples tomas de MFD para obtener una mejor cobertura a lo largo del día, o en aquellos en los que existían efectos indeseables sobre el “carácter” y la “regulación emocional” (especialmente en adolescentes sin otras comorbilidades asociadas).

De los 22 pacientes que recibieron LDX y se tuvo que suspender el tratamiento por mala tolerabilidad; en 11 la indicación inicial del cambio a LDX fue la “ausencia de respuesta frente a pautas previas de MFD o ATX”, en 8 la “escasa eficacia en el control de los síntomas nucleares del TDAH con las mismas”, y en 3 la magnitud de los “efectos secundarios presentados con MFD” (principalmente anorexia, irritabilidad o irascibilidad). De estos, 10 individuos eran TDAH secundarios a TEAF o comórbidos con DI o TEA, mientras que los 11 restantes

“TDAH primarios” con sintomatología internalizante o afectiva asociada.

El 89% de la muestra (178 pacientes) presentó una tasa de efectos secundarios (leves-moderados) en la línea de los ya descriptos con los psicoestimulantes y con tendencia a mejorar o desaparecer con el paso del tiempo (anorexia, descenso de peso, insomnio de conciliación, irritabilidad, apatía, cefaleas); obligando a la suspensión del tratamiento farmacológico en el 11% restante (22 pacientes). En relación a estos últimos; los efectos secundarios que obligaron a suspender el tratamiento con LDX fueron irritabilidad e irascibilidad importantes (registrándose en algún caso agresividad), anorexia y conductas de “aislamiento”, apatía o ansiedad marcadas. No se detectaron efectos secundarios graves en relación al uso de LDX en la población objeto de análisis (muerte, trastornos del ritmo o alteraciones hemodinámicas substanciales, psicosis, manía, ideación suicida, etc.).

El seguimiento evolutivo a mediano y largo plazo (con un período de seguimiento máximo de 4 años en el 16.5% de la población estudiada, de al menos 3 años en el 36.5%, de 2 años en el 13%, de más de 1 año en el 26% y de menos de 12 meses en el 8% restante), evidenció un mantenimiento de la eficacia clínica con el paso de los años (percibida por el paciente y/o por su familia), en todos ellos.

DISCUSIÓN

El metilfenidato ha sido el fármaco tradicionalmente utilizado de primera elección, para el tratamiento de niños y adolescentes con TDAH. Con una tasa de respuesta alta cercana al 70%, la “normalización sintomática” o “respuesta completa”, sin embargo, es proporcionalmente baja alcanzando solamente el 56% [9]. No obstante, de ese 30% que no responde inicialmente al MFD se estima que el 80% lo hará a derivados anfetamínicos (y viceversa), lo que significa que al menos entre un 90 a 95% de los casos responderá al menos a un tipo de fármaco psicoestimulante [10]. Por este motivo y en concordancia con estudios previos en los cuales se concluye que la mala respuesta a un primer psicoestimulante no necesariamente predice la mala respuesta a un segundo; es que la “US practice guidelines” recomienda la utilización de anfetaminas o metilfenidato como primera opción del tratamiento en niños y adolescentes con TDAH, y sugiere cambiar de uno a otro (o en su defecto a un fármaco no psicoestimulante), en función de la si la respuesta y/o la

tolerabilidad no son adecuadas [11,12, 13].

En este sentido, y en concordancia a lo observado en nuestros pacientes, la implementación y adaptación de dicho precepto a nuestra realidad contemplaría una serie de situaciones de la práctica clínica habitual, en la cual la decisión de realizar un cambio farmacológico a anfetaminas (en el caso de España a LDX), sería altamente recomendable. Por ejemplo, en aquella población de pacientes en los que el control de los síntomas nucleares del TDAH demuestra ser escaso o insuficiente para los objetivos terapéuticos planteados. O bien cuando la tasa de efectos secundarios, la necesidad de múltiples tomas a lo largo del día, o la necesidad de dosis altas de metilfenidato para alcanzar el objetivo terapéutico deseado; causan un importante disconfort al paciente y a su familia, y hacen peligrar la adherencia al tratamiento. O simplemente cuando el paciente no se siente a gusto con determinada pauta farmacológica y expresa la necesidad de un cambio (por ejemplo, en adolescentes -sin comorbilidades asociadas-, que describen que cuando toman MFD “no son ellos” y que este les “quita la chispa” o les “aplatana”, produciéndoles un efecto negativo en su carácter y/o en su “expresión emocional”). En acuerdo con los resultados obtenidos en nuestro estudio, todos estos “escenarios” parecen compartir un rasgo en común: la buena respuesta obtenida al cambiar la pauta farmacológica a LDX, con un 89% de respuestas positivas.

Ahora bien, si analizamos la muestra de pacientes en su conjunto, vemos como a pesar de su heterogeneidad clínica, existe una cierta homogeneidad tanto en el tipo de respuesta obtenida con lisdexanfetamina (buena o muy buena), como en la tasa de efectos secundarios experimentados (igual o menor que con psicoestimulantes); con una escasa inter e intravariabilidad entre pacientes. Seguramente dicho comportamiento sea debido a la condición de profármaco de LDX; cuyas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas le convierten en un fármaco estable, con un mecanismo de acción “suave”, “lineal”, sin “efecto bolo” ni “efecto rebote”. Este último aspecto farmacocinético le confiere, además, una importante ventaja con respecto a ciertas presentaciones de MFD que potencialmente pueden provocar un marcado efecto rebote en horas de la tarde, puesto que mantiene un efecto similar tanto a la hora y media de su administración vía oral, como a las 13 horas de la misma [14]. Como hemos comprobado en la serie

analizada; el efecto duradero de LDX (de 13 horas en niños y 14 en adultos), hace de ésta una herramienta de especial utilidad en pacientes que requieren un efecto prolongado en el tiempo y con mayor cobertura a lo largo del día, evitando así las múltiples combinaciones de metilfenidato de corta, mediana o larga duración (4, 8 ó 12 horas) [15,16].

En acuerdo con la literatura revisada; ni el sexo, la raza, la edad del paciente, las condiciones de las tomas (en ayunas o con alimento, entero o en dilución), o el subtipo de TDAH, parecen haber condicionado el tipo de respuesta obtenida con LDX, siendo la misma bastante predecible en relación a los perfiles clínicos arriba mencionados [7,15]. Su rápida absorción -con la subsecuente hidrólisis en el citosol de los glóbulos rojos, sin efecto de primer paso ni metabolización por el complejo citocromo P450-, le convierten en un fármaco con poca probabilidad de interactuar con otros fármacos de metabolismo hepático (como algunos de los utilizados en pacientes con epilepsia), o de alterarse frente a variaciones del pH intestinal o del tiempo de tránsito intestinal [17, 18]. Otro aspecto farmacocinético con posibles implicancias en la práctica clínica, es la gran capacidad demostrada por los glóbulos rojos en estudios “in vitro”, para metabolizar la dextroanfetamina incluso en presencia de valores bajos de hematocrito (en valores del 10 al 25% de lo normal) [7,19]. Esta característica facilita su uso incluso en pacientes con anemia hemolítica o con enfermedad de células falciformes [19,20].

En relación a la alta tasa de respuestas positivas encontradas, pensamos es concordante con la reportada en la literatura, en la que tanto en el registro europeo, como en 6 estudios americanos en niños y adolescentes tratados con LDX y en 2 trabajos recientemente publicados; se demuestra un alto perfil de eficacia y seguridad (a corto y mediano plazo), con un tamaño del efecto (TE) de la lisdexanfetamina de 1.8, en comparación con el del MFD OROS de 1.2, y el de la ATX de 0.8. [15, 21-30]. En acuerdo con nuestros hallazgos Jain et al. ponen de manifiesto en un trabajo de revisión de dos estudios, que en niños previamente tratados con MFD cuya respuesta no era óptima, LDX constituía una alternativa terapéutica eficaz y coste-efectiva [15,31]. Y en un análisis “post hoc” de un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego, placebo-control; Coghill y colaboradores afirman que la lisdexanfetamina constituye una alternativa terapéutica eficaz tanto en niños con TDAH naïve de

tratamiento, como en los previamente tratados con otros fármacos [32].

Existen sin embargo, pocos trabajos “head to head” que comparen directamente la eficacia de las anfetaminas de liberación prolongada con la del MFD OROS y con la de la ATX. En un estudio “post hoc” realizado en 2013, Soutullo et al. analizan el efecto de la lisdexanfetamina en el control de los síntomas nucleares del TDAH en niños y adolescentes, en relación al MFD-OROS. Estos autores concluyen que a las dosis testadas (30, 50 y 70 mg/día), aquellos pacientes tratados con LDX presentaban una mejoría sintomática estadísticamente significativa (superior al 30% en la “ADHD rating Scale-I” y en el CGI-I Scale”), en relación a una población comparable de niños y adolescentes tratados con MFD-OROS (18, 36 y 54 mg/día) [33]. Posteriormente en 2017, Jeffrey y colaboradores llevan a cabo 2 estudios randomizados, doble ciego, placebo-control y “head to head” (en adolescentes); en el que comparan la eficacia obtenida con LDX en relación al MFD-OROS (tanto en dosis flexibles como forzadas). Estos autores concluyen que en “dosis forzadas”, LDX se muestra superior a MFD-OROS en el control de síntomas nucleares del TDAH; no obstante lo cual ambos fármacos por separado continuarían presentando altos niveles de eficacia [15]. Cuando el análisis se centra en cambio, en comparar las respuestas obtenidas de la lisdexanfetamina (30, 50, 70 mg/día) en relación a la atomoxetina (0.5-1.4 mg/kg/día), en una población de niños y adolescentes con TDAH con respuesta previa inadecuada al MFD; el grupo de la lisdexanfetamina presenta una mayor tasa de respuesta (incluso a las 9 semanas de iniciado el tratamiento) en comparación con el de la atomoxetina [34]. Una posible crítica de este estudio podría ser que la duración del mismo era de tan sólo 9 semanas y que las dosis máximas de ATX alcanzadas eran de 1.4 mg/kg/día, lo que podría haber limitado en cierto modo los potenciales efectos de la misma a más largo plazo.

Ahorabien, desde una perspectiva más farmacodinámica; el mecanismo de acción de LDX podría explicar por sí mismo las diferencias encontradas en relación a una mayor eficacia, a un mayor tamaño de efecto y un menor número necesario para tratar (NNT) de LDX en relación al MFD y a la ATX. Puesto que además de ser un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina, tiene un doble mecanismo mediante el cual no sólo favorece la liberación de las monoaminas en el espacio

sináptico, sino que también inhibe su degradación en las vesículas sinápticas. Este doble mecanismo de acción parece ser el responsable de las diferencias de eficacia encontradas entre la lisdexanfetamina, el MFD y la ATX. Pero también nos lleva a preguntarnos si en nuestros pacientes con TDAH “primarios” (que presentaban marcados niveles de irritabilidad, agresividad y labilidad emocional con LDX); podría existir alguna comorbilidad psiquiátrica no detectada ni diagnosticada previamente. Y si la “sobrecarga monoaminérgica” a la que se vieron expuestos al administrarles dicho fármaco, podría haber “desestabilizado” de alguna forma, un estado de “homeostasis relativa” basal. Se ha de tener en cuenta que, si bien el déficit en el control emocional parece formar parte de la propia naturaleza del TDAH, en ocasiones también forma parte de otros trastornos comórbidos específicos. Esta es la razón por la cual en los TDAH “puros” los psicoestimulantes proporcionan una mejoría de los síntomas de disfunción del control emocional inherentes al propio TDAH, mientras que cuando son expresión de una comorbilidad psiquiátrica asociada la peoría clínica puede hacerse muy manifiesta [36].

Finalmente, en relación al perfil de seguridad y tolerabilidad de la lisdexanfetamina y extrapolando nuestros hallazgos a los ya publicados en la literatura; David Coghill encuentra que ambos son similares al de los ya descritos en los psicoestimulantes [37]. Sin embargo, la impresión general de la muestra analizada fue de una igual o incluso mejor tolerabilidad comparativa de LDX en relación a otras pautas farmacológicas recibidas previamente (siendo fundamentalmente la disminución del apetito la queja más frecuentemente registrada, seguida de las dificultades para el inicio del sueño). Seguramente el hecho de haber estado expuestos con anterioridad a otros fármacos psicoestimulantes haya contribuido a este fenómeno; y sea el que explique las mejores tasas de adherencia al tratamiento con LDX en niños y adolescentes que previamente han recibido MFD ó ATX, en relación a los que nunca lo han hecho [38,39].

Considerando además que el tratamiento continuado con dosis óptimas de lisdexanfetamina no solo parece mostrar mejoras significativas en las escalas de calidad de vida (especialmente en los dominios “conductas de riesgo”, “relaciones interpersonales con familia y amigos” y “rendimiento académico”), sino que además ha demostrado ser una opción coste-efectiva en adultos; estos resultados podrían ayudar a los profesionales de

la salud a optimizar los tratamientos disponibles en la actualidad para el TDAH [35, 40-42].

En conclusión, la elaboración de determinados perfiles clínicos nos permite personalizar el tratamiento farmacológico, adaptándolo a las necesidades individuales de cada paciente y su familia. Las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la lisdexanfetamina, hacen de esta una herramienta especialmente indicada en pacientes que han presentado una respuesta inadecuada a otros tratamientos farmacológicos de uso corriente en el TDAH, o en aquellos que requieren múltiples dosis para una acción prolongada y uniforme en el tiempo, o ante la necesidad de dosis muy altas de otros fármacos para un control sintomático óptimo. Asimismo, tendría especial indicación en aquellos adolescentes sin trastornos comórbidos asociados, que describen que cuando toman MFD “no son ellos” y que este les “quita la chispa”, o les produce un efecto negativo en su carácter.

En este sentido, se ha de tener precaución en aquellos casos en los que al TDAH se asocia una comorbilidad psiquiátrica no diagnosticada, tratada ni estabilizada previamente por un especialista; o en niños con trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual u otros trastornos del neurodesarrollo, puesto que en estos casos la tolerabilidad de los fármacos de uso frecuente para el TDAH puede ser peor que en los TDAH “primarios”, y la eficacia menor.

La presente investigación y elaboración del manuscrito no ha recibido ayudas específicas provenientes de Shire Pharmaceuticals; así como tampoco de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los procedimientos realizados a lo largo del estudio, se han ajustado a los correspondientes preceptos éticos establecidos en la normativa de Helsinki.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolraich M, Brown L, Brown RT, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011; 128: 1007-1022.
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-948.
3. Arnold LE, Hodgkins P, Kahle J, Madhoo M, Kewley G. Long-Term Outcomes of ADHD: Academic Achievement and Performance. *J Atten Disord* 2015; 12 (ahead of print).
4. Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet*. 2015; 14: 61684-6.
5. Le HH, Hodgkins P, Postma MJ, Kahle J, Sikirica V, Setyawan J, Erder MH, Doshi JA. Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23: 587-98.
6. Arnold LE, Hodgkins P, Caci H, Kahle J, Young S. Effect of treatment modality on long-term outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *PLoS One* 2015; 10 (2).
7. Alda J, Soutullo C, Ramos-Quiroga JA, Quintero J, Hervás A, Hernández-Otero I, Sans A, et al. Expert Recommendation: contributions to clinical practice of the new prodrug lisdexamfetamine dimesylate (LDX) in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2014; 42 (Supl.1): 1-16.
8. Pelham WE, Gnagy EM, Greiner AR, Hoza B, Hinshaw SP, Swanson JM, et al. Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *J Abnorm Child Psychol* 2000; 28: 507-25.
9. Coghill DR, Rhodes SM, Matthews K. The neuropsychological effects of chronic methylphenidate on drug-naive boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 954-62.
10. Efron D, Jarman F, Barker M. Methylphenidate versus dexamphetamine in children with attention deficit hyperactivity disorder: a double-blind, crossover trial. *Pediatrics* 1997; 100: E6.
11. Arnold LE. Methylphenidate vs. amphetamine: comparative review. *J Atten Disord* 2000; 3: 200-11.
12. Elia J, Borcharding BG, Rapoport JL, Keysor CS. Methylphenidate and dextroamphetamine

- treatments of hyperactivity: are there true non responders? *Psychiatry Res* 1991; 36: 141–55.
13. Newcorn J, Nagy P, Childress A, Frick G, Yan B, Pliszka S. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Acute Comparator Trials of Lisdexanfetamine and Extended-Release Methylphenidate in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs* 2017; 31: 999-1014.
 14. Childress AC, Sallee FR. The use of lisdexanfetamine dimesylate for the treatment of ADHD. *Expert Rev Neurother* 2012; 12: 13-26.
 15. Ermer J, Homolka R, Martin P, Buckwalter M, Purkayastha J, Roesch B. Lisdexanfetamine dimesylate: linear dose-proportionality, low intersubject and intrasubject variability, and safety in an open-label single-dose pharmacokinetic study in healthy adult volunteers. *J Clin Pharmacol* 2010; 50: 1001–1010.
 16. Sharman J, Pennick M. Lisdexanfetamine prodrug activation by peptidase-mediated hydrolysis in the cytosol of red blood cells. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 2275-80.
 17. Madaan V, Kolli V, Bestha DP, Shah MJ. Update on optimal use of lisdexanfetamine in the treatment of ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 977-83.
 18. Krishnan S, Moncrief S. An evaluation of the cytochrome p450 inhibition potential of lisdexanfetamine in human liver microsomes. *Drug Metab Dispos* 2007; 35: 180–184.
 19. Pennick M. Absorption of lisdexanfetamine dimesylate and its enzymatic conversion to damphetamine. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6: 317–327.
 20. Pennick M. Metabolism of the prodrug lisdexanfetamine dimesylate in human red blood cells from normal and sickle cell disease donors. *J Drug Assess* 2013; 2: 17–20.
 21. Coghill D, Banaschewski T, Lecendreux M, Soutullo C, Johnson M, Zuddas A, et al. European, randomized, phase 3 study of lisdexanfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013; 23: 1208-18.
 22. Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, Johnson M, Zuddas A, Anderson CS, et al. Maintenance of efficacy of lisdexanfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized-withdrawal study design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 647-57.
 23. Biederman J, Krishnan S, Zhang Y, James J, McGough JJ, Findling RL. Efficacy and Tolerability of Lisdexanfetamine Dimesylate (NRP-104) in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Phase III, Multicenter, Randomized, Double-Blind, Forced-Dose, Parallel-Group Study. *Clinical Therapeutics* 2007; 29: 450-63.
 24. Findling RL, Childress AC, Cutler AJ, Gasior M, Hamdani M, Ferreira-Cornwell C, et al. Efficacy and Safety of Lisdexanfetamine Dimesylate in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder *JAACAP* 2011; 50: 395-405.
 25. Adler LA, Goodman DW, Kollins SH, Weisler RH, Krishnan S, Zhang Y, et al; 303 Study Group. Double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of lisdexanfetamine dimesylate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1364-73.
 26. Findling RL, Cutler AJ, Saylor K, Gasior M, Hamdani M, Ferreira-Cornwell MC, et al. A long-term open-label safety and effectiveness trial of lisdexanfetamine dimesylate in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013; 23: 11-21.
 27. Ginsberg L, Katic A, Adeyi B, Dirks B, Babcock T, Lasser R, et al. Long-term treatment outcomes with lisdexanfetamine dimesylate for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder stratified by baseline severity. *Curr Med Res Opin* 2011; 27: 1097-107.
 28. Coghill D, Banaschewski T, Nagy P, Hernández I, Soutullo C, Yan B, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Lisdexanfetamine Dimesylate in Children and Adolescents with ADHD: A phase IV, 2-Year, Open-Label Study in Europe. *CNS Drugs* 2017; 31: 625-638.
 29. Li Y, Gao J, Zhang Y, Wang Q. An Evaluation on the Efficacy and Safety of Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children

- and Adolescents: a Comparison of Multiple Treatments. *Mol Neurobiol* 2017; 9: 6655-6669.
30. Padilha SCOS, Virtuoso S, Tonin FS, Borba HHL, Pontarolo R. Efficacy and Safety of drugs for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Eur Child Psychiatry* 2018; 1-11. [Epub ahead of print].
 31. Jain R, Babcock T, Burtea T, Dirks B, Adeyi B, Scheckner B, Lasser R, Renna J, Duncan D. Efficacy and safety of lisdexamfetamine dimesylate in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and recent methylphenidate use. *Adv Ther* 2013; 30: 472-86.
 32. Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, Soutullo C, Zuddas A, Adeyi B, Sorooshian S. Post hoc analyses of the impact of previous medication on the efficacy of lisdexamfetamine dimesylate in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a randomized, controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10: 2039-47.
 33. Soutullo C, Banaschewski T, Lecendreux M, Johnson M, Zuddas A, Anderson C, et al. A Post Hoc Comparison of the Effects of Lisdexamfetamine Dimesylate and Osmotic-Release Oral System Methylphenidate on Symptoms of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs* 2013; 27: 743-75.
 34. Dittmann R, Cardo E, Nagy P, Anderson C, Adeyi B, Caballero B, et al. Treatment Response and Remission in a Double-Blind, Randomized, Head-to-Head Study of Lisdexamfetamine Dimesylate and Atomoxetine in Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs* 2014; 28: 1059-1069.
 35. Zimovetz E, Joseph A, Ayyagari R, Mauskopf A. A cost-effectiveness analysis of lisdexanfetamine dimesylate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Eur J Health Econ* 2018; 19: 21-35.
 36. Katic A, Dirks B, Babcock T, Scheckner B, Adeyi B, Richards C, Findling RL. Treatment outcomes with lisdexamfetamine dimesylate in children who have attention-deficit/hyperactivity disorder with emotional control impairments. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2013; 23: 386-93.
 37. Coghill DR, Caballero B, Sorooshian S, Civil R. A systematic review of the safety of lisdexamfetamine dimesylate. *CNS Drugs* 2014; 28: 497-511.
 38. Coghill DR, Banaschewski T, Lecendreux M, Johnson M, Zuddas A, Anderson CS, et al. Maintenance of efficacy of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: randomized-withdrawal study design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 647-657.
 39. Madaan V, Kolli V, Bestha DP, Shah MJ. Update on optimal use of lisdexamfetamine in the treatment of ADHD. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 977-83.
 40. Banaschewski T, Johnson M, Lecendreux M, Zuddas A, Adeyi B, Hodgkins P, et al. Health-Related Quality of Life and Functional Outcomes from a Randomized-Withdrawal Study of Long-Term Lisdexamfetamine Dimesylate Treatment in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs* 2014; 28: 1191-1203.
 41. Adler LA, Dirks B, Deas P, Raychaudhuri A, Dauphin M, Saylor K, Weisler R. Self-Reported quality of life in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and executive function impairment treated with lisdexamfetamine dimesylate: a randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled, parallel-group study. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 253.
 42. Weisler R, Ginsberg L, Dirks B, Deas P, Adeyi B, Adler LA. Treatment With Lisdexamfetamine Dimesylate Improves Self- and Informant-Rated Executive Function Behaviors and Clinician- and Informant-Rated ADHD Symptoms in Adults: Data From a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *J Atten Disord* 2017; 14: 1198-1207.

A. Osorio Guzmán* y R. Gordo Seco**

* Médico Interno Residente de Psiquiatría, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos.

** Licenciada Especialista de Área, Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, Burgos

Correspondencia:

Ángela Osorio Guzmán

Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Psiquiatría (Bloque F, Planta 5)

Avda. Islas Baleares, 3, 09006 Burgos

aosorio@saludcastillayleon.es

Estructura de personalidad límite en adolescentes.

A propósito de un caso.

Border line personality structure in adolescents. A case study

RESUMEN

A pesar de su inicio en la infancia y adolescencia, el diagnóstico de trastornos de personalidad en estas etapas de la vida es muy controvertido. La estructura límite de la personalidad es especialmente compleja por la variabilidad de la sintomatología y por la dificultad que plantea en el diagnóstico diferencial con rasgos propios de la etapa adolescente. Un modelo que puede resultar de utilidad es el propuesto por Paulina Kernberg, desde la perspectiva del desarrollo de la personalidad. Describimos, a través de este modelo, el caso de una paciente de 15 años con una larga historia de autolesiones, comportamiento suicida, alteración de la conducta y deterioro progresivo del funcionamiento; en la que se identificaron una compleja historia familiar, dificultades en la relaciones sociales desde la infancia y la utilización de defensas primarias como la escisión y la identificación proyectiva.

Palabras clave: Adolescencia; trastorno límite de la personalidad; trastorno de la personalidad; diagnóstico; desarrollo

ABSTRACT

Despite commencing through childhood and adolescence, the diagnosis of personality disorders during these life stages is controversial. Borderline personality

structure is especially complex due to symptomatology variability and the challenges presented in the differential diagnosis from adolescent stage characteristic features. A useful model could be the one posed by Paulina Kernberg, based on a personality development perspective. We describe, through this model, the case of a 15 year old patient with a long history of recurrent self-injury, suicidal behaviour, behavioural disturbances and progressive functioning impairment; in which complex family history, difficulties in social relationships and utilization of primary defence mechanisms such as scission and projective identification, were detected.

Keywords: Adolescence; borderline personality disorder; personality disorder; diagnosis; development.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de los trastornos de la personalidad en niños y adolescentes es un tema controvertido. Algunos autores consideran que la personalidad en estas edades no ha cristalizado completamente, y otros que puede resultar perjudicial para el paciente etiquetarlo de forma temprana con un diagnóstico que implica gravedad e inflexibilidad (1, 3). A pesar de ello, parece haber consenso en que cuando un adolescente presenta rasgos inflexibles y desadaptativos mantenidos en el tiempo hay que considerar este diagnóstico (3, 9, 7).

Un factor que ha podido contribuir a que persistan las dificultades para el diagnóstico en estas etapas ha sido la visión mantenida por los manuales de clasificación de enfermedades mentales al uso (DSM, CIE), al no considerar las particularidades de cada etapa evolutiva. En este sentido, resulta interesante el modelo propuesto por Paulina Kernberg (8), que propone el estudio de la personalidad en niños y adolescentes desde la perspectiva del desarrollo, considerando además de los patrones conductuales las características estructurales (mecanismos de defensa, relaciones objetales, etc.) de la organización de personalidad.

De todos los trastornos de personalidad, probablemente sea el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) el más prevalente en la práctica clínica con adolescentes (4, 7). Se caracteriza por relaciones inestables, impulsividad, rabia, alteraciones de la identidad y conducta suicida (2). Plantea un reto para los profesionales de Salud Mental porque tanto su diagnóstico como su tratamiento son complejos. Si nos fijamos en los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TLP encontramos que son difíciles de diferenciar de las manifestaciones propias de la crisis de la adolescencia, de ahí la importancia de un diagnóstico diferencial.

El caso que presentamos nos sirve para ilustrar la validez del modelo diagnóstico propuesto por Kernberg en el TLP del adolescente.

CASO CLÍNICO

Se elabora la historia clínica integrando la información recogida durante todo el período de seguimiento (2015-2018). La paciente fue atendida en diferentes dispositivos (consultas externas, hospitalización de agudos y hospital de día). Destacamos los datos más significativos de la historia del desarrollo, la historia familiar y la evaluación psicopatológica, para la comprensión de la sintomatología.

Presentación: J. es una adolescente de 14 años que acudió por primera vez a consulta derivada desde la Unidad de Hospitalización, donde ingresó de forma urgente con el diagnóstico de “trastorno depresivo con ideas autolíticas estructuradas y riesgo elevado de paso al acto”.

Desarrollo: Su desarrollo motriz y cognitivo fue normal. No presenta antecedentes somáticos de interés, ni de consumo de alcohol, tabaco u otros tóxicos. La

madre la describe con “temperamento difícil e irritable” desde los primeros años de vida, y señala dificultades en las relaciones con los pares desde la etapa de Educación Infantil.

Antecedentes familiares:

- Familia de origen paterno: no refieren antecedentes de interés.
- Familia de origen materno: Madre en tratamiento psiquiátrico de forma intermitente desde la juventud por lo que describe como cuadros ansioso-depresivos reactivos a situaciones vividas estresantes a nivel familiar. Dos hermanas de la madre fallecieron por suicidio muy jóvenes; una sin antecedentes y otra padecía una probable psicosis afectiva.
- Hermana: Antecedentes de consulta en salud mental a los 8 y a los 19 años, por iniciativa de la madre; no se hizo un diagnóstico clínico (“rasgos de introversión, alexitimia, dificultades relacionadas con grupo primario de apoyo...”).

Historia familiar: La paciente nació en el seno de una familia formada por padre, madre y una hermana 6 años mayor. Desde el nacimiento, la dinámica familiar estuvo marcada por el conflicto y la regla del silencio como estilo comunicacional. El padre es descrito como un hombre distante, pasivo y emocionalmente poco expresivo. La madre en cambio, muestra una alta expresividad emocional, con un patrón muy inconsistente en su rol de madre-cuidadora. Cuando J. tenía 7 años, los padres se divorciaron. Fue una separación compleja, con múltiples conflictos que persisten en la actualidad. Desde la separación, las hermanas conviven con la madre que es quien tiene la custodia. La vida en casa de la madre es más bien caótica, no existen horarios preestablecidos, ni tareas asignadas; tampoco están claras las normas ni los límites. La convivencia es difícil, y los conflictos entre J. y su madre son continuos, con peleas físicas frecuentes. La relación con la hermana no es buena, al comienzo también había altercados aunque progresivamente se ha ido produciendo un distanciamiento. Con el padre, mantuvo un contacto regular los primeros años tras la separación hasta los 13 años; después contactos esporádicos. En el último período de convivencia en vacaciones, el padre solicitó la intervención de la policía por las alteraciones conductuales de J. Durante el período de seguimiento J. cambió en varias ocasiones de residencia, pasando

de convivir con uno u otro progenitor en función de los intereses de cada momento, manteniendo con ellos relaciones instrumentalizadas.

Historia escolar y social: En la etapa de primaria tuvo dificultades de adaptación desde los primeros años (“se metían conmigo...no tenía amigos”) y repitió 4º curso. En la transición a la etapa de secundaria aparecieron dificultades más importantes; describía el inicio de una situación de acoso escolar coincidiendo con que reveló su condición homosexual. Ese primer curso presentó importante absentismo escolar, y finalmente la madre decidió un cambio de centro aunque ella no estaba de acuerdo. En el nuevo colegio fue incapaz de seguir la disciplina y cumplir con las demandas de la vida académica. Acudió apenas una semana, y abandonó argumentando no sentirse integrada con sus compañeros, pensaba que la daban de lado y se reían de ella.

J. percibe su condición sexual como no aceptada por el entorno social ni por el familiar, y éste ha sido un foco de importante conflicto. En este sentido, ha encontrado un grupo formado por varios jóvenes homosexuales y transexuales en el que se siente más aceptada. Se siente identificada con las dificultades que han tenido los compañeros del grupo y con ellos comparte su abatimiento. A pesar de ello, sus escasas habilidades sociales hacen que no se sienta completamente integrada. A menudo, se muestra invasiva y posesiva con sus amistades, con reacciones desmedidas y miedo intenso al rechazo. Igualmente, ha tenido varias relaciones sentimentales con actitud posesiva y persecutoria.

Evolución Clínica: La evolución desde el principio fue tórpida, con una adherencia irregular a las consultas externas y al programa de Hospital de Día. Fue atendida en múltiples ocasiones en el Servicio de Urgencias y precisó varias hospitalizaciones en la unidad de agudos por ideación autolítica, conductas parasuicidas, autolesiones y conflictos en el entorno familiar. También precisó un ingreso en Medicina Interna, por un cuadro de cetosis tras haber permanecido varios días en ayuno voluntario con intención autolítica. Se produjeron varias situaciones de negligencia durante el seguimiento y en el último ingreso hospitalario se contactó con los Servicios Sociales, que retiraron la custodia a la madre y se concedió al padre. Al alta, por decisión de los padres, se trasladó a un centro terapéutico educativo.

Datos más relevantes de la exploración:

Entrevistas con J:

La paciente se describe como tímida desde pequeña, con dificultades para hacer amigos y adaptarse a los grupos. Hace una autodescripción un tanto caótica y no es capaz de narrar una secuencia que represente una continuidad temporal en sus actuaciones desde la infancia. En cuanto al género, sus actividades y comportamientos han tenido una organización consistente como mujer, aunque aún no presenta una clara conciencia de orientación sexual. Las relaciones familiares son muy inestables, y pasa del intento de control de los demás al sometimiento, sin haber alcanzado un sentido de pertenencia a su familia.

La sintomatología predominante ha sido de ansiedad crónica, fobias, síntomas disociativos y conversivos, inestabilidad emocional con tendencias paranoides, comportamientos impulsivos, con ideación de muerte y autolítica persistente y tendencia al “acting-out”. Describe detalladamente “6 ó 7 intentos de suicidio” desde los 8 años de edad, generalmente reactivos a vivencias de abandono o persecución.

Test realizados:

- FACES IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale; Escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar), que revela una estructura familiar con muy bajos niveles de comunicación y de carácter desequilibrado.
- CAA-R (Cuestionario Apego Adulto Reducido), estilo de apego temeroso, con alta necesidad de aprobación, baja autoestima, y niveles elevados de rencor, enfado e intransigencia.

DISCUSIÓN

Evaluamos el caso desde una doble vertiente, estructural y descriptiva, y encontramos como datos más significativos:

- Inestabilidad emocional, con afectos disfóricos y depresivos.
- Múltiples síntomas neuróticos.
- Impulsividad con frecuentes intentos de suicidio.
- Utilización de mecanismos de defensa primitivos como la escisión y la identificación proyectiva, así como transferencias con tinte paranoide.
- Difusión de la identidad y autoimagen inestable, conservando el contacto con la realidad.

- Escasas habilidades sociales y tendencia al aislamiento. Establece relaciones de amistad de carácter posesivo, invasivo y con tendencia a realizar interpretaciones de tinte paranoide.
- Predominio de las fantasías de desintegración corporal y automutilación.
- Situación Edípica: no se ha alcanzado autonomía, existe un miedo intenso a la separación y el abandono que se evidencia en los problemas en las relaciones interpersonales, estableciendo relaciones sentimentales basadas en la “persecución”.
- Contexto familiar patológico: son manifiestos los cuidados inconsistentes y la falta de diferenciación en los límites generacionales. Se producen además reiteradas rupturas de vínculos con hospitalizaciones repetidas y cambios en la convivencia.

Estas características corresponderían a lo que Otto Kernberg denominó “Organizaciones Limítrofes de la personalidad”, aquellas caracterizadas por una identidad débil o fallida, defensas primitivas (escisión e identificación proyectiva) y juicio de realidad que se pierde en situaciones estresantes; que se traduce en inestabilidad en la autoimagen y en las relaciones interpersonales, con impulsividad elevada, baja tolerancia a la frustración y con tendencia a la expresión emocional desbordada (5).

La Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente CFTMEA R-2012 (6) define las “patologías límite del niño” como aquellas caracterizadas por defectos precoces de sostén que producen distorsiones en la vida mental, predominio de las expresiones a través del cuerpo y la acción, extrema vulnerabilidad a la pérdida del objeto por defectos en el trabajo de separación y daños en el sentimiento de identidad que conducen a reiterados enfrentamientos con el medio. Dentro de estas patologías límite, esta clasificación contempla aquellas “con predominio de trastornos de la personalidad” y cuyos rasgos más característicos son: sufrimiento depresivo, sentimientos de minusvalía con problemas en la regulación de la autoestima, angustia de separación y de abandono y retrasos en el desarrollo afectivo, con tendencias regresivas y conductas de dependencia.

Ya hemos mencionado la dificultad que supone la distinción entre un verdadero constructo patológico y

rasgos transitorios propios de la etapa adolescente, y un estudio transversal de los casos nos puede llevar a errores diagnósticos. Por otra parte, todos los manuales diagnósticos, coinciden en que los patrones desadaptativos de personalidad comienzan a formarse, como pronto, durante la adolescencia (si no en la infancia), y lo cierto es que su repercusión sobre el funcionamiento de la persona puede ser, en estos momentos, tan intensa como durante la edad adulta.

En este sentido, Paulina Kernberg propone un análisis longitudinal a través del desarrollo de diferentes variables estructurales del funcionamiento mental, como son el temperamento, la identidad, el funcionamiento cognitivo, el afecto o los mecanismos de defensa, entre otros; que ayudan en la comprensión y tratamiento de las alteraciones de la personalidad en etapas más tempranas de la vida.

Una de las primeras cosas que Kernberg nos insta a tener en cuenta es la definición de una personalidad normal que sería aquella que se presenta en el adolescente o niño que ha establecido un sentido de la identidad adecuado a la edad y que emplea de forma adaptativa y flexible de los mecanismos de defensa y de afrontamiento. Así, se han identificado como indicadores de un posible trastorno desadaptativo la presencia de mala adaptación social y escolar, conducta disocial y disruptiva, consumo de tóxicos, disregulación afectiva, impulsividad elevada autolesiones y conductas parasuicidas de repetición y episodios depresivos graves en la infancia. En el caso presentado encontramos síntomas suficientes, por su gravedad y persistencia, para hacer un diagnóstico de trastorno de personalidad.

CONCLUSIONES

Aunque el diagnóstico de TLP es difícil en la etapa de la adolescencia, hay instrumentos que pueden facilitarlos. Destacamos la utilidad de las propuestas de P. Kernberg, que recomiendan hacerlo desde la perspectiva del desarrollo de la personalidad. Siguiendo este modelo, resulta importante complementar el plano descriptivo con el psicodinámico, de manera que además de la descripción de las manifestaciones sintomáticas, cobra relevancia el análisis estructural del funcionamiento mental y el estudio de los mecanismos defensivos que ponen en evidencia la patología yoica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2015; 60 (7): 303–8.
2. Consejo Asesor sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). *Quaderns de salut mental. Calsalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.* 2006; 8 (<https://doi.org/10.1016/j.gine.2009.01.006>).
3. Fonagy P, Speranza M, Luyten P, Kaess M, Hessels C, Bohus M. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2015; 24 (11): 1307–20.
4. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Patrones desadaptativos de la personalidad del cluster B en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2013; 6 (3): 129–38.
5. Fossa Arcila, P. Organización Limítrofe de Personalidad. *Revista de Psicología GEPU* 2010; 1 (1): 32–52.
6. Garrabé, J. & Kammerer, F. (Eds.), Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFMEA R-2012). Clasificación francesa de los trastornos mentales del adulto (CFTM R-2015). Buenos Aires: Polemos.
7. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline Personality Disorder in Adolescence. *Pediatrics* 2014; 134 (4): 782–93.
8. Kernberg PF, Weiner AS, Bardenstein KK. *Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes.* México: El Manual Moderno; 2002.
9. Larrivé, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2013; 15 (2): 171–179.

L. Rivas Arribas*, **P. García Cortázar****,
C. Martínez Reglero***, **Ó. Blanco Barca******,
R. Leis Trabazo*****

* Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario
Universitario de Pontevedra, Pontevedra.

** Servicio de Psiquiatría. Unidad de Salud Mental
Infanto-Juvenil de A Parda, Pontevedra.

*** Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de
Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo (Pontevedra).

**** Sección de Neuropediatría, Servicio de Pediatría,
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo
(Pontevedra).

***** Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de
Compostela (A Coruña).

Correspondencia:

Sofía Gómez Sánchez
C/La Cava Nº24; CP: 47420;
Íscar; Valladolid.
sofi.gosan@gmail.com

*El Cuestionario de Capacidades
y Dificultades (SDQ) como
herramienta de cribado para el
Trastorno por Déficit de Atención
e Hiperactividad.*

*The Strengths and Difficulties
Questionnaire (SDQ) as a
screening tool for Attention Deficit
and Hyperactivity Disorder*

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más prevalentes en la infancia y motivo de consulta frecuente en Atención Primaria.

Objetivo: Valorar si el Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH de niños sin esta patología, con el propósito de optimizar las derivaciones a Atención Especializada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo, autorizado por el Comité de Ética de Investigación de Galicia. Se incluyeron 305 sujetos entre 4 y 16 años, siendo reclutados 226 pacientes en salud mental y 79 en pediatría.

Resultados: La versión del SDQ para padres alcanzó globalmente una sensibilidad y especificidad mayores que la versión para profesores o la autoevaluada. En

la versión para padres obtuvimos una sensibilidad del 81,00% (IC95% 72,81-89,19), con una especificidad del 53,66% (IC95% 46,59-60,73) y un área bajo la curva de 0,71 (IC95% 0,65-0,77). La sensibilidad alcanzada fue superior (en las diferentes versiones del SDQ, según el sexo y la edad) cuando analizamos los datos con un punto de corte de 6 puntos.

Conclusiones: El SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH en una población española. Este cuestionario podría facilitar la valoración de los niños con sintomatología compatible con TDAH en Atención Primaria, previa a su derivación a Atención Especializada. La detección precoz de los trastornos del neurodesarrollo repercutirá positivamente en la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

Palabras clave: Cribado; Cuestionario de capacidades y dificultades; Neuropediatría; Salud mental; Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

SUMMARY

Background: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most prevalent neurodevelopmental disorders in childhood and a reason for frequent consultation in primary care.

Objective: To assess whether the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a useful tool to discriminate children with ADHD from children without this condition, with the purpose of optimizing referrals to Specialized Care.

Method: Prospective descriptive observational study, authorized by the Research Ethics Committee of Galicia. We included 305 subjects between 4 and 16 years, 226 patients were recruited in mental health and 79 in pediatrics.

Results: The version of the SDQ for parents globally reached a greater sensitivity and specificity than the version for teachers or the self-evaluated one. In the parent version we obtained a sensitivity of 81.00% (95% CI 72.81-89.19), with a specificity of 53.66% (95% CI 46.59-60.73) and an area under the curve of 0.71 (95% CI 0.65-0.77). The sensitivity reached was higher (in the different versions of the SDQ, according to sex and age) when we analyzed the data with a cut-off point of 6 points.

Conclusions: The SDQ is a useful tool to discriminate children with ADHD in a Spanish population. This questionnaire could facilitate the assessment of children with symptoms compatible with ADHD in Primary Care, after referral to Specialized Care. The early detection of neurodevelopmental disorders will have a positive impact on the quality of life of our patients and their families.

Key words: Attention deficit / hyperactivity disorder; Screening; Strengths and Difficulties Questionnaire.

INTRODUCCIÓN

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. La prevalencia global estimada es del 6% (1), pero la cifra varía según el tipo de estudio y los criterios diagnósticos utilizados (DSM-5 vs CIE-10) (2, 3), así en España la prevalencia estimada es del 8.6% y en Galicia algo inferior, rondando el 5% (4, 5).

Aunque la sintomatología puede ser heterogénea,

dependiendo del sexo, la edad del paciente y la comorbilidad, coexisten en grado variable síntomas de inatención, impulsividad e hiperactividad. Estos síntomas se inician en la infancia, pero tienden a mantenerse en el adulto, produciendo un impacto negativo en el individuo y en su calidad de vida. Los pediatras de Atención Primaria (AP) son los encargados de detectar este trastorno y derivar a los pacientes a Atención Especializada (AE) en los casos seleccionados (6).

El diagnóstico de TDAH es clínico, no precisa pruebas complementarias para confirmarlo. Los cuestionarios para padres, profesores y los autoadministrados ayudan, junto con la entrevista, en la evaluación del paciente al aportar información sobre el comportamiento del niño fuera de la consulta, pero no sustituirán al diagnóstico emitido en la entrevista clínica (7).

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) es un cuestionario de screening de psicopatología infantil que puede aplicarse a niños de entre 4-16 años (8). Ha sido utilizado con éxito en AP al ser bien aceptado por sus ventajas, como su brevedad: las preguntas se extienden en una carilla, lo que lo hace rápido y sencillo de contestar. Además de preguntar por aspectos negativos (dificultades), también lo hace sobre aspectos positivos (capacidades), evitando el rechazo que puede generar un cuestionario que sólo pregunte sobre síntomas negativos (9).

El cuestionario está disponible gratuitamente y se puede descargar en: www.sdqinfo.com, donde se pueden encontrar versiones en diferentes idiomas y se explican las normas para su puntuación. Ha sido traducido a más de 40 idiomas, y la inglesa es la versión más extensamente validada, pero también ha sido validado en castellano (8, 10).

El SDQ ha sido utilizado en diferentes países para valorar su capacidad de identificar a niños con TDAH, con resultados generales satisfactorios (11, 12).

En Galicia se ha realizado un estudio para la validación inicial del SDQ, en el que se concluye que es una herramienta adecuada para discriminar a niños con trastornos psiquiátricos de niños sin psicopatología (13).

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo es valorar si el SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños con TDAH de niños sin esta patología en una población española

y, por lo tanto, si este cuestionario podría ser utilizado como herramienta de cribado para TDAH en AP antes de la derivación a AE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo. Los pacientes se incluyeron de forma consecutiva durante el año 2016 hasta alcanzar el número deseado. Se obtuvo una población total de 305 niños de 4-16 años.

Se calculó el tamaño muestral considerando una sensibilidad del 80%, una precisión de 5,2% y seleccionando 1 niño sano por cada 3 enfermos. Los pacientes se seleccionaron en los servicios de psiquiatría (N= 226 “casos”) y de pediatría (N= 79 “controles”) del Hospital Provincial de Pontevedra.

VARIABLES: edad, sexo, antecedentes perinatales, situación familiar, adopción, escolarización, diagnóstico y puntuaciones del SDQ. El SDQ está compuesto por 25 preguntas sobre 5 áreas: conducta, hiperactividad, emociones, problemas de relación y conducta prosocial. Existen tres versiones del cuestionario: padres, profesores y una autoadministrada que pueden contestar los niños de 11 años o más. La puntuación de la escala de hiperactividad (EH) varía de 0 a 10, considerándose el resultado “normal” de 0-5, “límite” 6 y “patológico” ≥ 7 puntos. La puntuación es igual para las tres versiones, por lo que en todas ellas consideramos a un niño TDAH si la puntuación era ≥ 7 (8).

La USMIJ de Pontevedra consta de dos psiquiatras infantiles y una psicóloga. Se consideró como diagnóstico definitivo (gold standard) el realizado por las psiquiatras tras una entrevista semiestructurada. Se utilizaron los criterios diagnósticos CIE-10 (2). El diagnóstico fue emitido sin conocer los resultados del SDQ. Fueron recogidos sólo los diagnósticos principales.

En la muestra de psiquiatría, se incluyeron los pacientes derivados desde AP por sospecha de TDAH. Se excluyeron los pacientes que fueron ya valorados previamente en psiquiatría. En nuestra área sanitaria la mayoría de los niños con sospecha de TDAH son derivados a la USMIJ, por ese motivo se decidió reclutar a los pacientes en este nivel y no en neuropediatría.

En la muestra procedente de pediatría (grupo control) se incluyeron los pacientes que acudían al Hospital de día de Pediatría. Se excluyeron a los que previamente hubieran sido diagnosticados de alguna psicopatología y,

en ambos grupos, a los que no firmaron el consentimiento informado.

Se administró la versión para padres a los tutores legales y la autoadministrada a los sujetos ≥ 11 años. El SDQ fue completado mientras los pacientes esperaban a ser atendidos. En la muestra de psiquiatría también se facilitó la versión para profesores, previo consentimiento por parte de los padres, y adjuntando una carta de colaboración para los profesores.

Las variables cualitativas se describen con su frecuencia absoluta y porcentaje e intervalo de confianza (IC) del 95%, las cuantitativas mediante su media y desviación estándar. Para la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba Chi-cuadrado o test Exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas, se analizó la normalidad y se aplicó el test t-student o Mann-Whitney para comparar los valores y descubrir si existían diferencias y su significación.

Se calculó la sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud para el SDQ y se analizaron las diferencias según el sexo y edad (preescolares ≤ 5 , niños 6-12 y adolescentes ≥ 13 años). También se realizó la curva ROC (Receiver Operating Characteristic).

El nivel de significación α aceptado fue de 0,05. Software SPSS versión 19 y Epidat versión 3.1.

Se obtuvo la autorización del Comité de Ética e Investigación de Galicia nº 2013/122. Se solicitó por escrito el consentimiento informado a los tutores legales y el asentimiento informado a los pacientes ≥ 11 años. El acceso a la historia clínica se realizó de acuerdo con la legislación vigente, garantizando la confidencialidad según la Ley 15/1999.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 305 pacientes entre 4-16 años, 226 niños en la muestra de psiquiatría y 79 en la de pediatría. Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes se describen en la tabla 1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo en la variable sexo (con menor predominio de varones en la muestra de pediatría); consideramos que este dato no distorsiona los resultados del estudio ya que es habitual un predominio de varones en las muestras de psiquiatría infantil (14).

Los 226 niños de la muestra de psiquiatría fueron remitidos desde AP por sospecha de TDAH, confirmándose el diagnóstico en un 44,2%. El resto de

Tabla 1: Características clínico-epidemiológicas de los pacientes.

Variable	Casos	Controles	p
Edad <i>media</i> (sd)	9,45 (3,20)	8,92 (3,34)	0,21
Sexo <i>n</i> (%)			0,04
Varones	175 (77,4%)	52 (65,8%)	
Mujeres	51 (22,6%)	27 (34,2%)	
A. Perinatales			0,74
RN a término	204 (91,9%)	58 (90,6%)	
Prematuridad	18 (8,1%)	6 (9,4%)	
Situación familiar <i>n</i> (%)			0,27
Normalizada	193 (85,4%)	66 (90,4%)	
D. sociofamiliar	33 (14,6%)	7 (9,6%)	
Adopción <i>n</i> (%)			0,98
No	220 (97,3%)	75 (97,4%)	
Si	6 (2,7%)	2 (2,6%)	
Escolarización <i>n</i> (%)			0,03
Pública	158 (71,8%)	45 (58,4%)	
Privada/concertada	62 (28,2%)	32 (41,6%)	

^aantecedentes perinatales; ^bDisfunción sociofamiliar.

Tabla 2: Sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud para el diagnóstico de TDAH de las tres versiones del SDQ.

Versión SDQ ^a	Puntuación S ^b (IC 95%) ^c	E ^d (IC 95%)	RV ^e + (IC 95%)	RV- (IC 95%)
Padres				
≥7	63,00%	(53,04-72,96)		
≥6	81,00%	(72,81-89,19)		
66,34%	(59,63-73,05)			
53,66%	(46,59-60,73)			
1,87	(1,47-2,39)			
1,75	(1,47-2,08)			
0,56	(0,42-0,73)			
0,35	(0,23-0,54)			
Autoevaluado				
≥7	39,53%	(23,76-55,31)		
≥6	48,84%	(32,73-64,94)		
67,80%	(55,03-80,57)			
57,63%	(44,17-71,08)			
1,23	(0,73-2,07)			
1,15	(0,75-1,77)			

pacientes fueron agrupados en los siguientes diagnósticos: trastorno de aprendizaje (16,8%), retraso madurativo/dificultad cognitiva (9,7%), trastorno emocional (7,1%), TEA/trastorno de conducta (3,1%) y otros (10,6%); en esta última se incluyen: trastorno por tics, trastorno del sueño, trastorno específico del lenguaje y sospecha de personalidad disfuncional. No se detectó ninguna patología psiquiátrica en el 8,4% de los casos.

El SDQ fue respondido por los todos los padres y por los pacientes ≥11 años. De la versión para profesores

se obtuvo respuesta en el 48,3% de los cuestionarios entregados.

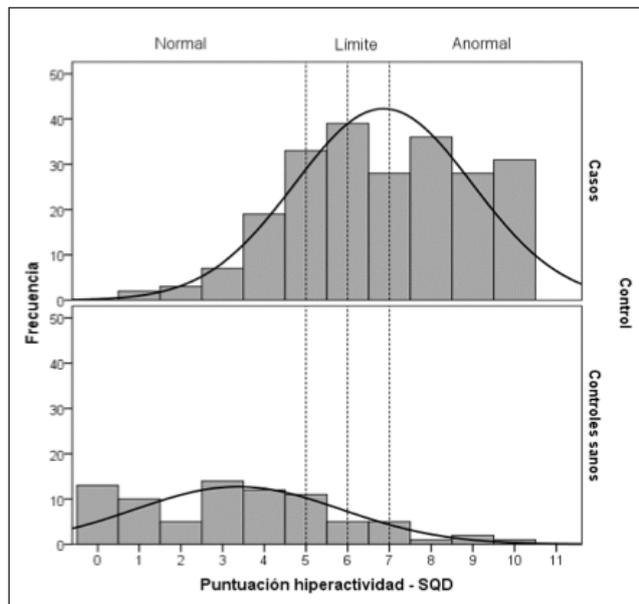
La figura 1 representa las puntuaciones y límites de normalidad de la EH; como cabe esperar los pacientes derivados con sospecha de TDAH presentan puntuaciones superiores a los del grupo control, encontrándose la distribución media en rango normal para la muestra de pediatría y en rango límite-patológico para la de psiquiatría. Con los resultados obtenidos analizamos la sensibilidad, especificidad, las razones de verosimilitud positivas y negativas y sus IC 95% para el diagnóstico de TDAH. Se realizaron dos cálculos: con puntuaciones ≥7 (resultado patológico) y ≥6 puntos (valores límites y patológicos), los resultados se resumen en las tablas 2 y 3. La versión para padres alcanzó globalmente una sensibilidad y especificidad mayores que la versión para profesores o la autoadministrada. En todas las versiones se alcanzó una sensibilidad mayor cuando consideramos el punto de corte ≥6. De la versión para profesores se realizó

Tabla 2: Sensibilidad, especificidad y razones de verosimilitud de la versión para padres del SDQ según sexo y grupo etario.

SDQ ^a padres	S ^b (IC 95%) ^c	E ^d (IC 95%)	RV ^e + (IC 95%)	RV- (IC 95%)
Punto de corte 7/10				
Sexo				
Varón	67,50%	(56,61-78,39)		
Mujer	45,00%	(20,70-69,30)		
	61,90%	(53,71-70,10)		
	77,59%	(65,99-89,18)		
	1,77	(1,37-2,29)		
	2,01	(1,02-3,97)		
	0,53	(0,37-0,74)	0,71	(0,47-1,08)
Edad				
Preescolares				
Niños				

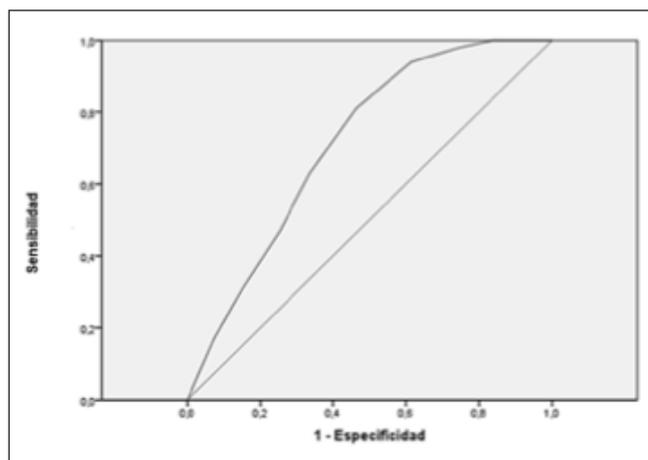
el análisis global y otro específico para los profesores de los <12 años, ya que los <12 años acuden a colegios y los mayores a institutos. Haciendo esta diferenciación, sólo se obtuvo una sensibilidad ligeramente mayor en el grupo de profesores de colegio. En relación al sexo existen diferencias en la sensibilidad cuando se valoran puntuaciones ≥7, que desaparecen cuando se analizan

Figura 1: Puntuaciones y límites de normalidad de la escala de hiperactividad del SDQ.



En la parte superior del gráfico se recogen los resultados de la muestra de psiquiatría (N = 226) y en la parte inferior los resultados de la muestra de pediatría (N = 79).

Figura 2: Curva ROC de la puntuación de hiperactividad del cuestionario para padres.



los resultados con el punto de corte ≥ 6 . Clasificando a los pacientes por grupos etarios obtuvimos 29 pacientes

“preescolares”, 202 “niños” y 74 “adolescentes”. En los preescolares obtuvimos una sensibilidad del 100%, pero dado que sólo 29 pacientes pertenecían al grupo, consideramos que estos resultados hay que interpretarlos con cautela.

Finalmente, la capacidad del SDQ para discriminar a los pacientes TDAH de los niños “no TDAH” fue evaluada utilizando las curvas ROC. Para ello consideramos TDAH a los niños diagnosticados por las psiquiatras infantiles, y consideramos “no TDAH” a todos los niños de la muestra de pediatría y a los niños de psiquiatría que no fueron diagnosticados de TDAH. La Figura 2 muestra la curva ROC obtenida para la puntuación de la EH del cuestionario cubierto por los padres. Cuanto mejor es la discriminación, más se aproxima la curva a la esquina superior izquierda del gráfico. El área bajo la curva (AUC) proporciona una medida de discriminación: sería 1,0 para un instrumento perfecto y 0,5 para un instrumento que no discrimine mejor que el azar. En nuestro estudio obtuvimos un AUC de 0,71 (IC95% 0,65-0,77), identificando el punto de corte ideal del SDQ en 6 puntos. Con este punto de corte obtendríamos una sensibilidad del 81,00% (IC95% 72,81-89,19) y una especificidad del 53,66% (IC95% 46,59-60,73).

DISCUSIÓN

El TDAH es un motivo de consulta frecuente en AP. En nuestro estudio, al igual que en otros trabajos publicados en España (15), se confirmó el diagnóstico en menos de la mitad de los niños remitidos desde AP. Además, un 8,4% de los niños no presentaban psicopatología. Las condiciones de las consultas de AP (escaso tiempo, gran volumen y presión asistencial) dificultan la valoración de niños con dificultades en la esfera de neuropediatría-psiquiatría, siendo los cuestionarios una herramienta de gran ayuda (16).

El SDQ se ha propuesto como una de las mejores escalas para utilizar a nivel de AP en países donde los niños son evaluados por puericultores en este nivel asistencial (17). Asimismo, la Guía de práctica clínica de TDAH de España también propone su uso para valorar TDAH (18).

El SDQ es un instrumento valioso para la evaluación de la salud mental infantil. Se ha comparado frente a otros cuestionarios con resultados equivalentes/superiores (8, 19). Se han estudiado sus propiedades psicométricas, se ha validado en diferentes idiomas, ha sido ampliamente

utilizado a nivel de AP y también como herramienta de screening en estudios epidemiológicos en diferentes culturas (en población general y de alto riesgo) (20-23). Se ha validado su uso en preescolares y se ha estudiado su capacidad para ser utilizado evolutivamente (24-32). En España ha sido utilizado en estudios comunitarios, se han analizado sus propiedades psicométricas y la capacidad de la EH de detectar los subtipos de TDAH en niños ya diagnosticados, obteniendo resultados buenos para la detección de los subtipos combinado e hiperactivo/impulsivo y peores para el inatento (33-36). Hasta la fecha, no se había valorado la capacidad del SDQ de detectar TDAH en una muestra de pacientes con sospecha clínica, pero sin confirmación diagnóstica, en una muestra de niños españoles.

Varios trabajos realizados fuera de España han valorado la capacidad del SDQ de identificar a niños TDAH. Algorta et al. aplicaron el SDQ a una cohorte y lo analizaron mediante las curvas ROC obteniendo buenos resultados (AUC 0.81-0.96), sin objetivar diferencias significativas según la edad o el sexo, por lo que concluyen que es una herramienta válida para screening de TDAH (11). Russell et al. también valoraron la capacidad del SDQ de predecir la presencia de TDAH obteniendo un AUC de 0.90 (37). En nuestro estudio valoramos si el SDQ es una herramienta útil para discriminar a niños TDAH de niños sin esta patología en Pontevedra (Galicia), cuya área sanitaria abarca 300.000 habitantes, siendo cerca de 40.000 \leq 16 años. Para ello, incluimos una muestra de niños sanos y otra de niños con sospecha de TDAH, obteniendo un AUC de 0.71. El TDAH suele presentar comorbilidades (38, 39); en nuestro estudio en los pacientes en los que se detectó comorbilidad, se clasificaron como TDAH a aquellos cuyo trastorno principal se derivaba de síntomas nucleares de TDAH. Nuestros resultados son relativamente inferiores a los estudios citados, pudiendo deberse a que clasificamos a los pacientes únicamente por el diagnóstico principal.

Ullebø et al. realizaron un estudio aplicando el SDQ y otro cuestionario específico para TDAH a niños de 7-9 años. Se valoró el subtipo TDAH y se calculó el AUC. Para una buena discriminación, proponen el punto de corte en $\geq 4-5$, en lugar de ≥ 7 puntos (12). Nuestros resultados también van a favor de un punto de corte inferior al recomendado, siendo en nuestro caso el valor ideal ≥ 6 puntos.

El SDQ ha sido valorado de manera conjunta con otros

cuestionarios, tanto para detectar psicopatología como TDAH, en población general. En ellos detectan un nivel adecuado de validez y consistencia interna, y observan que el uso de más de un cuestionario mejora la detección (40-43). En nuestro estudio únicamente se valoró el SDQ.

En relación a las versiones del SDQ, en nuestro trabajo los resultados varían según la versión analizada. Estas discrepancias han sido objetivadas en otros trabajos. En 2011, se realizó un estudio a pacientes españoles derivados a la USMIJ por sospecha de TDAH, padres y profesores cubrieron el cuestionario de Conners obteniendo una concordancia moderada (44). Una revisión sistemática valoró las propiedades psicométricas de la versión para padres y profesores del SDQ en niños de 4-12 años. Aunque la concordancia fue alta, en alguna subescala la consistencia interna fue baja, pudiendo deberse a que padres y profesores observan a los niños en contextos diferentes (45). A su vez, los niños < 12 años están escolarizados en colegios, y suelen tener un profesor por aula, mientras que en los institutos tienen varios profesores, que comparten menos tiempo con los alumnos. En nuestro estudio la mayoría de niños acudía a colegio, lo que explicaría que al realizar el análisis excluyendo a los profesores de instituto, no obtuviéramos grandes diferencias.

De nuestro trabajo cabe destacar algunas ventajas, como que se incluyan pacientes de manera consecutiva, que limita la aparición de un posible sesgo de selección. También que se analizaran las tres versiones del SDQ. Otra ventaja es que los niños derivados a la USMIJ tenían sintomatología TDAH, pero no habían sido previamente diagnosticados, y las psiquiatras desconocían los resultados del SDQ antes de emitir su diagnóstico. Además, el SDQ fue administrado por la misma persona, lo que evita las diferencias que puedan surgir de la explicación del mismo por distintos profesionales. También que se incluyan niños de áreas urbanas y rurales, y que no se haya limitado la edad.

Una limitación sería que valoramos sólo el SDQ, sin comparar con otros cuestionarios. Tampoco analizamos los subtipos de TDAH, teniendo en cuenta que el SDQ discrimina peor a los pacientes inatentos, este hecho pudo influir en nuestros resultados. Además, se consideró el diagnóstico principal, sin valorar la presencia de TDAH comórbido, lo que pudo afectar a los resultados alcanzados y a la curva ROC.

Nuestro estudio es el primero que valora la utilización

del SDQ como herramienta de cribado de TDAH en una población infanto-juvenil española, con el objetivo de detectar esta patología precozmente y mejorar la calidad de las derivaciones a AE. Los resultados sugieren que el SDQ es un cuestionario útil para discriminar a niños con TDAH. El hecho de ser estrictos en la clasificación de los pacientes pudo infravalorar los casos de TDAH; a pesar de ello obtuvimos una sensibilidad alta, por lo que consideramos que el SDQ es una herramienta apropiada para utilizar en AP ante la valoración de un niño con sintomatología TDAH, antes de su derivación a AE.

CONCLUSIONES

Consideramos que es muy importante valorar adecuadamente el estado de salud mental y el neurodesarrollo de los niños. Teniendo en cuenta que el SDQ además de valorar TDAH, también evalúa síntomas emocionales y problemas de conducta, consideramos que su uso en AP puede favorecer la detección precoz tanto de TDAH como de otras psicopatologías, permitiendo instaurar un tratamiento precoz, reducir las consecuencias negativas (fracaso escolar, problemas de relación, baja autoestima...) y vigilar la aparición de comorbilidades (trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, ansiedad...). Con esta actuación podríamos mejorar la atención de nuestros pacientes y optimizar las derivaciones a AE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
2. Gutiérrez Miras MG. Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición ed2000. p. 204-7.
3. Ayuso JL, Vieta E, Arango C. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sección II. 5ª Edición. ed 2014.
4. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry*. 2012;12:168.
5. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. [Prevalence of neurodevelopmental, behavioural and learning disorders in Pediatric Primary Care]. *An Pediatr (Barc)*. 2017.
6. Wolraich M, Brown L, Brown RT, DuPaul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007-22.
7. Montañés-Rada F, Gastaminza-Pérez X, Catalá MA, Ruiz-Sanz F, Ruiz-Lázaro PM, Herreros-Rodríguez O, et al. [GEITDAH consensus on attention deficit hyperactivity disorder]. *Rev Neurol*. 2010;51(10):633-7.
8. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6.
9. Borg AM, Salmelin R, Kaukonen P, Joukamaa M, Tamminen T. Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *J Child Adolesc Ment Health*. 2014;26(3):229-38.
10. García P, Goodman R, Mazaira J, Torres A, Rodríguez-Sacristán J, Hervas A, et al. El Cuestionario de Capacidades y Dificultades. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2000;1:12-7.
11. Algorta GP, Dodd AL, Stringaris A, Youngstrom EA. Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the UK: a ROC analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(9):949-57.
12. Ullebø AK, Posserud MB, Heiervang E, Gillberg C, Obel C. Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(9):451-8.
13. García P, Mazaira JA, Goodman R. Validación inicial de la versión gallega del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2000;2:95-100.
14. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children--United States, 2005-

2011. MMWR Suppl. 2013;62(2):1-35.
15. Rivas-Juesas C, de Dios JG, Benac-Prefaci M, Colomer-Revuelta J. Analysis of the factors linked to a diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Neurologia*. 2017;32(7):431-9.
 16. Alda JA, Serrano-Troncoso E. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: concordancia entre la Impresión clínica y el cuestionario de cribado SNAP-IV (Estudio CONCOR). *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(2):76-83.
 17. Ougrin D, Chatterton S, Banarsee R. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): review for primary care clinicians. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2010;3(1):45-51.
 18. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños y adolescentes. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010. Guías Práctica Clínica en el SNS. 2010.
 19. Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnorm Child Psychol*. 1999;27(1):17-24.
 20. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11):1337-45.
 21. Niclasen J, Skovgaard AM, Andersen AM, Sømhovd MJ, Obel C. A confirmatory approach to examining the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a large scale cohort study. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(3):355-65.
 22. Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, De las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychology*. 2012;12:265-79.
 23. Gaete J, Montero-Marin J, Valenzuela D, Rojas-Barahona CA, Olivares E, Araya R. Mental health among children and adolescents: Construct validity, reliability, and parent-adolescent agreement on the 'Strengths and Difficulties Questionnaire' in Chile. *PLoS One*. 2018;13(2):e0191809.
 24. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19(4):367-72.
 25. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000;177:534-9.
 26. Johnson S, Hollis C, Marlow N, Simms V, Wolke D. Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: the validity of multi-informant reports. *Dev Med Child Neurol*. 2014;56(5):453-9.
 27. Mullick MS, Goodman R. Questionnaire screening for mental health problems in Bangladeshi children: a preliminary study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(2):94-9.
 28. Croft S, Stride C, Maughan B, Rowe R. Validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool-aged children. *Pediatrics*. 2015;135(5):e1210-9.
 29. Goodman A, Goodman R. Strengths and difficulties questionnaire as a dimensional measure of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(4):400-3.
 30. Lavigne JV, Meyers KM, Feldman M. Systematic Review: Classification Accuracy of Behavioral Screening Measures for Use in Integrated Primary Care Settings. *J Pediatr Psychol*. 2016;41(10):1091-109.
 31. Hoofs H, Jansen NW, Mohren DC, Jansen MW, Kant IJ. The context dependency of the self-report version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ): a cross-sectional study between two administration settings. *PLoS One*. 2015;10(4):e0120930.
 32. Theunissen MH, Vogels AG, de Wolff MS, Crone MR, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC Pediatr*. 2015;15:84.
 33. Fajardo Bullón F, León Del Barco B, Felipe Castaño E, Ribeiro Dos Santos EJ. [Mental health in the age group 4-15 years based on the results of the national survey of health 2006, Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012;86(4):445-51.
 34. Ezpeleta L, Granero R, de la Osa N, Penelo E,

- Domènech JM. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire(3-4) in 3-year-old preschoolers. *Compr Psychiatry*. 2013;54(3):282-91.
35. Fenollar-Cortés J, Calvo-Fernández A, García-Sevilla J, Cantó-Díez TJ. La escala Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) como predictora del TDAH: comportamiento de las subescalas SDQ respecto a las dimensiones “Hiperactividad/ Impulsividad” e “Inatención” en una muestra clínica. *Anales de psicología*. 2016;32(2):313-9.
36. Carballo JJ, Rodríguez-Blanco L, García-Nieto R, Baca-García E. Screening for the ADHD Phenotype Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Clinical Sample of Newly Referred Children and Adolescents. *J Atten Disord*. 2014.
37. Russell G, Rodgers LR, Ford T. The strengths and difficulties questionnaire as a predictor of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One*. 2013;8(12):e80247.
38. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(9):149-59.
39. Colombi C, Ghaziuddin M. Neuropsychological Characteristics of Children with Mixed Autism and ADHD. *Autism Res Treat*. 2017;2017:5781781.
40. Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *BMC Public Health*. 2009;9:489.
41. Crone MR, Vogels AG, Hoekstra F, Treffers PD, Reijneveld SA. A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. *BMC Public Health*. 2008;8:106.
42. Doyle AE, Biederman J, Seidman LJ, Weber W, Faraone SV. Diagnostic efficiency of neuropsychological test scores for discriminating boys with and without attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):477-88.
43. Posserud MB, Ullebø AK, Plessen KJ, Stormark KM, Gillberg C, Lundervold AJ. Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(4):197-205.
44. Cáceres J, Herrero D. [Quantification and concordance assessment among parents and teachers in attention deficit hyperactivity disorder diagnosis]. *Rev Neurol*. 2011;52(9):527-35.
45. Stone LL, Otten R, Engels RC, Vermulst AA, Janssens JM. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2010;13(3):254-74.

S. Gallego Villalta; I. Octavio Del Valle; A. Rivases
Aunes; D. Sarasa Claver; T. Colomer Simón

Centro de día de Movera. Zaragoza

Correspondencia:

C/ Camon Aznar, 3, esc. Izq. 2D. 50004.
Zaragoza. sgvallalta@hotmail.com

*La tranquilidad = estar a
gusto x (70x7)*

*Calm = getting comfortable
x (70x7)*

RESUMEN

La elección de este caso se debe a la complejidad diagnóstica y terapéutica que ha supuesto y la escasa evolución positiva pese a los múltiples recursos humanos, profesionales, terapéuticos y farmacológicos invertidos. Se trata de un paciente con alteraciones de la conducta asociadas a un trastorno generalizado del desarrollo con sintomatología comórbida de TDAH, que posee un mundo imaginario que roza el pensamiento delirante. El paranoidismo, sin ninguna temporalidad en los hechos, le conduce a tener que vengarse en forma de pasos al acto violentos en el momento en que él cree ser la víctima. La evolución es tórpida, resaltando que esta mecánica de interpretación del mundo se presentaba generalmente como egosintónica, siendo muy escasas las ocasiones en que el paciente manifestaba, con llanto, un deseo de no querer hacer daño a nadie.

Palabras clave: TDAH; Trastorno generalizado del desarrollo; comorbilidad.

ABSTRACT

We have chosen this case because of the therapeutic and diagnostic complexity. Furthermore the limited positive progress despite the numerous human, professional, therapeutic and pharmacological resources employed. It is about a patient who suffers behavioral disorders associated with a pervasive developmental disorder with comorbid symptomatology of ADHD, that owns an

imaginary world which is close to delirious thought. The paranoid behavior with no temporality in the acts, drives him to revenge in a step way to the violent act in the moment he thinks himself as a victim. The evolution is torpid, standing out this mechanical world interpretation was usually presented as egosyntonic, being really limited the occasions in which the patient declared crying a wish of hurting no one.

Key words: ADHD; Pervasive developmental disorder; comorbidity.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos generalizados del desarrollo, en sus formas más leves, con inteligencia normal, pueden ser muy difíciles de separar del TDAH. Los niños con TDAH pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y mala tolerancia a los cambios; conductas que, también en este caso, conectan tanto con el autismo como con el TDAH. Un problema en algunos niños con TDAH es su falta de habilidad para la interacción social. Es evidente que estos déficits pueden servir para explicar tanto síntomas del autismo como del TDAH. Sin embargo, en la práctica, los casos fronterizos entre TDAH y autismo pueden presentar serias dificultades para orientar la intervención y, sobre todo, para matizar la información que van a recibir la familia y los educadores.

CASO CLÍNICO PSICOBIOGRAFÍA

Embarazo y parto normal. Desarrollo psicomotor normal. Reptó, gateó y deambuló a su tiempo. Control de esfínteres a los tres años. La madre lo define como un bebé muy tranquilo, que se quedaba quieto sin moverse del sitio donde lo colocaban; destete temprano por causa de un aborto posterior a su nacimiento. La madre lo volvió a poner al pecho tras el nacimiento del hermano, cuando el paciente tenía 20 meses y mantuvo la lactancia hasta los 5 años. La pareja mantuvo el colecho hasta el nacimiento de su hermano cuando se trasladó al paciente a otra habitación. Mayor de una fratría de dos. Vive con sus padres y su hermano. De pequeño “académicamente bien”, “socialmente mal”. Cursa 2º ESO con rendimiento parcial debido a las alteraciones de conducta. Repetitivo en las temáticas de lo que le gusta (skylanders).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Sin antecedentes de interés en familia de primer grado. Tío abuelo con esquizofrenia. Tío paterno con depresión. No toxicomanías o dependencias por parte de la familia.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA ACTUAL

Consciente, orientado, atento, contacto adecuado pero con tono raro, no mantiene un adecuado contacto visual, facies amílica, colaborador parcialmente, discurso espontáneo, centrado en sus intereses. Expresa deseo de mejora y cambio. Literalidad en el lenguaje. Dificultad para expresar emociones que no sean de rabia y de autorreferencialidad hacia el trato que recibe de sus iguales principalmente. Escasa resonancia afectiva. Egocentrismo. Sin alteraciones sensorio-perceptivas. A nivel del pensamiento se apreciaba desorganización en los momentos de la asociación libre con fuga de ideas y pérdidas de hilo. En ocasiones neologismos: tranquilidad= estar a gusto x (70x7), significando 70x7, siempre en la biblia; ternura= cariño + (paz \ familia); barbarosamente= algo negativo (1\ ∞); gigantística= gigante al cubo; con los que intentaba transmitir los niveles de elevación de la tensión interna. En las temáticas imaginarias mantiene figuras poderosas (un rey, un emperador) y también momentos catastróficos: masacres, explosiones, erupciones volcánicas. Las construcciones de carácter autorreferencial eran en relación a los hechos acontecidos en el colegio con sus compañeros: “se ríen de mí, se burlan de mí, me insultan...”. Quejas somáticas,

dolor de espalda, descritas de manera particular como: “picor, escozor, me está saliendo un hueso”. Dificultad para las habilidades sociales. Normosomnia. Hiperorexia en relación al tratamiento farmacológico. Sin ideación autolítica. Capacidad de juicio suficiente, y volitiva conservada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica y hemograma: Sin alteraciones. Serologías VHB, VHC, VIH, Lúes: Negativas.

Interconsulta a endocrino: instauran tratamiento con levotiroxina y derivan a control en consultas con analítica de prolactina y TSH 6,55; T4 0,88.

Interconsulta a genética: negativo.

Psicometría: ADOS: Comunicación: 4, Interacción social recíproca:5, Imaginación: 1, Comportamientos estereotipados e intereses restringidos:1; siendo positivo para Trastorno Espectro Autista; Conners: padres 26 para hiperactividad e impulsividad y 10 para déficit de atención; colegio 27 para hiperactividad e impulsividad y 11 para déficit de atención, siendo positivo para TDAH. WISC-IV: Comprensión verbal:142; Razonamiento perceptivo: 144; Memoria de trabajo: 144, Velocidad de procesamiento: 99; Cociente de inteligencia total: 131.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Trastorno hiperactivo-disocial (F90.1) (314.01 y 312.8) donde deben cumplirse tanto criterios para trastornos hiperactivos como para trastornos disociales. Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación (F84.9) (299.80). Rasgos paranoides de personalidad. Problemas relacionados con el ambiente social (Z60). Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo (Z63.8).

Aripiprazol inyectable mensual. Sertralina 100: 1 comprimido en desayuno. Quetiapina 100 mg: ½ comprimido en cena. Levotiroxina 50: 1 comprimido en desayuno. Ácido valproico 500mg crono (1-0-1).

DISCUSIÓN

En niños con el diagnóstico de TDAH, una elevada proporción (65-80%) con dificultades significativas para la interacción social y la comunicación (1).

Los síntomas del TDAH que se aproximan al autismo son: estereotipias motoras, preocupación por ciertos temas, objetos o partes de objetos, trastorno del lenguaje,

alteraciones en la pronunciación, pobre comunicación no verbal, problemas de interacción social, ingenuidad (1).

Los aspectos en donde esto se evidencia más claramente son la empatía y la relación con los compañeros, lo cual ocurre a partir de dificultades para la comunicación no verbal y el mantenimiento de una conversación. Existen comparaciones de la comorbilidad del autismo con déficit de atención, problemas de control motor y dificultades en las funciones visomotoras y visoespaciales. Encuentra que el autista activo es el más propenso a la comorbilidad, en tanto que el autista pasivo o solitario tiende a formas más puras de autismo. Estas características condicionan que se puedan ver casos graves de TDAH en los que resulta imposible establecer un límite con el espectro autista (1).

Todas estas apreciaciones han conducido a la propuesta de que posiblemente exista un continuo entre el autismo con RM grave, el autismo clásico de Kanner y el TDAH (1).

Es común que niños con trastornos generalizados del desarrollo no especificado sean diagnosticados originalmente como TDAH (2). Se hallan datos:

- Entre el 60 y el 80% de los niños con TGD cumple con criterios de TDAH (2).
- Los síntomas de TDAH en pacientes con TGD son similares en intensidad a aquellos que padecen TDAH puro (2).
- Los pacientes con TGD + TDAH tienen más dificultades en las actividades de la vida diaria que los que padecen TGD puro (2).
- Quienes padecen TGD + TDAH presentan más hospitalizaciones y tienen mayor necesidad de medicamentos (2).

Con relación al tipo de TDAH presente en los niños con TGD, aproximadamente el 55% fue desatento, y el 45%, combinado. Respecto al nivel de impedimento atencional exhibido en niños con TGD + TDAH, este fue similar que en aquellos que padecían TDAH puro. El hecho de que no todos los pacientes con TGD padezcan TDAH hace pensar que este no es parte del autismo, aunque nos preguntamos si su alta incidencia no se debe a que forma parte del espectro (2).

No obstante, son pocos los estudios empíricos que han prestado atención a la necesidad clínica de un doble diagnóstico de espectro autista y TDAH. En relación

con la comorbilidad en 101 niños con TGD de alto funcionamiento (91 diagnosticados con Síndrome de Asperger) de los que hasta un 95% presentaron problemas de atención y un 50% de impulsividad. Específicamente, alrededor de un 75% de los niños con TGD mostraron síntomas compatibles con los del TDAH de tipo moderado o severo, indicando un considerable solapamiento entre estos desórdenes atencionales y los TGD en niños con inteligencia normal o cercana a la media (3).

También en referencia, al impacto de la comorbilidad, el riesgo de problemas psicosociales se incrementan con severidad. La discapacidad y la disfuncionalidad en la vida diaria se ven afectadas. El realizar un diagnóstico de ambos trastornos, empeora la salud psicosocial, la funcionalidad en el colegio y a nivel físico, emocional y social, que si solo se diagnostica de TEA (4).

Respecto al diagnóstico conjunto, que consistió en 1.496 niños con un diagnóstico actual de TEA según lo informado por sus padres de niños de 2 a 17 años; se observó que aproximadamente el 20% de estos niños habían sido diagnosticados inicialmente con TDAH. Los niños diagnosticados con TDAH antes que de TEA fueron diagnosticados con TEA alrededor de 3 años después (intervalo de confianza 95% 2,3 - 3,5) que los niños en los que se diagnosticó el TDAH al mismo tiempo o después del TEA. Los niños diagnosticados primero de TDAH fueron casi 30 veces más propensos a recibir su diagnóstico de TEA después de los 6 años (intervalo de confianza del 95% 11,2 - 77,8). El retraso en el diagnóstico de TEA fue consistente en toda la infancia e independiente de la gravedad del TEA. En conclusión; para evitar posibles retrasos en el diagnóstico de TEA, los médicos deben considerar el TEA en niños pequeños que presenten síntomas de TDAH (6).

Una de las explicaciones cognitivas que ha tenido mayor repercusión sobre los trastornos del espectro autista en los últimos años es la que sugiere que las dificultades sociales y no sociales pueden deberse a los déficits en las denominadas funciones ejecutivas (3). Las definiciones sobre la función ejecutiva (FE) insisten en las capacidades para mantener activo un conjunto adecuado de estrategias de resolución de problemas, con el fin de alcanzar un objetivo. Estas habilidades están estrechamente relacionadas con la intencionalidad, el propósito y la toma de decisiones. Las conductas de función ejecutiva incluirían, por tanto, la formación y

organización de planes, la autorregulación de las tareas, el control de la impulsividad, la inhibición de respuestas inapropiadas y la flexibilidad de pensamiento y acción. Este grupo de procesos cognitivos de orden superior que incluye la FE está asociado a las funciones del córtex prefrontal (3).

Desde este punto de vista, se considera que los individuos con Síndrome de Asperger tienen un déficit en la FE, ya que sus comportamientos y sus procesos de pensamiento son, en general, rígidos, inflexibles, reiterativos y perseverantes. Asimismo, se caracterizan por la impulsividad y la incapacidad ocasional para inhibir respuestas inadecuadas, mostrando además dificultades en la toma de decisiones y presentando complicaciones en la organización y secuenciación que requiere la resolución de problemas. Conque, estas alteraciones de la FE también parecen condicionar la pobre resistencia a la distracción y a las interferencias y la incapacidad para regular correctamente el tiempo durante el desarrollo de tareas complejas. Ahora bien, este déficit en la FE no es exclusivo ni específico de los TEA, ya que, precisamente, es bastante recurrido al explicar las principales dificultades que caracterizan a los individuos con TDAH. Es por ello que se llevan a cabo una revisión de los principales estudios que han comparado la FE en los TEA y el TDAH y que sugieren fallos comunes en el funcionamiento ejecutivo en ambos tipos de trastornos; aportando, además, datos propios de su investigación. De este modo, plantean que estos déficits en los TEA pueden originar un perfil diferente al del TDAH y seguir un curso desigual durante su desarrollo. Se concluye que los problemas ejecutivos suelen atenuarse con la edad en los TEA, mientras que son más persistentes y severos en el TDAH (3).

Los niños con TDAH presentan significativamente más dificultades que los niños con TEA en memoria de trabajo y en planificación. Además, aunque ambos grupos experimentan problemas que superan lo esperado, también los niños con TDAH están más afectados en los índices generales de FE, el índice metacognitivo y el de regulación comportamental. En la misma línea, en las conductas de aprendizaje, tampoco aparecen diferencias significativas entre TEA y TDAH, si bien el porcentaje de casos afectados se sitúa en un nivel claramente superior en niños con TDAH a excepción del factor de flexibilidad/estrategia de aprendizaje (7).

Para terminar, en relación con las intervenciones terapéuticas, de manera integral realizaremos psicoeducación y terapia cognitivo conductual basada en la evidencia. Respecto a las intervenciones farmacológicas, se pueden utilizar fármacos fuera de ficha técnica para el tratamiento de los síntomas comórbidos como ansiedad, dificultad para la atención, comportamientos agresivos, dificultades en el sueño o conductas estereotipadas (5).

CONCLUSIONES

- El paciente puede ser un ejemplo de comorbilidad de TDAH Y TEA, pese a la dificultad diagnóstica y la evolución del caso.
- Requiere un trabajo en Equipo importante, con funciones muy claras por parte de los profesionales, para intentar evitar la querulancia y minimización fluctuante de los padres, y ayudar al paciente a funcionar adecuadamente en la sociedad.
- El trabajo integral en todas las áreas es necesario y sería conveniente valorar si no fuera suficiente, un período fuera del medio familiar para poder trabajar principalmente con el paciente y valorar si puede adquirir las habilidades necesarias por sí mismo, sin que este aprendizaje pueda verse bloqueado por el medio familiar. Nunca dejaríamos de lado el trabajo intensivo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artigas-Pallarés J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Rev neurol* 2003; 36 (1): 68-78.
2. Ruggieri V.L. Procesos atencionales y trastornos por déficit de atención en el autismo. Simposio de trastornos del desarrollo. *Rev neurol* 2006; 42 (3): 1-6.
3. Rodriguez F. Artículo de Revisión: Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *RCNP* 2009; 4 (1):12-19.
4. Leitner Y. The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children- What do we know. *Front Hum Neurosci* 2014; 8:268.
5. Carrascosa-Romero MC, De Cabo-De La Vega C. ADHD- New directions in diagnosis and treatment. The comorbidity of ADHD and ASD

- in community preschoolers. InTech. CC BY 3.0 license. September 2015.
6. Miodovnik A, Harstad E, Sideridis G, Huntington N. Secuencia del diagnóstico del TDAH y TEA. RET 2017; 80.
 7. Miranda-Casas A, Berenguer-Forner C, Baixauli-

Fortea I, Roselló-Miranda M, Palomero-Piquer B. Funciones ejecutivas y motivación de niños con trastorno de espectro autista (tea) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). Rev Infad. 2016; (1):1.

P. Fernández-Sotos, E. Albaladejo Gutiérrez,
N. Carrera Solera

Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España)

Correspondencia:
patry333@hotmail.com

*Trastorno bipolar infantil:
A propósito de un caso*

*Pediatric bipolar disorder:
Description of a case*

RESUMEN

Introducción: Existe evidencia creciente sobre la validez del diagnóstico de trastorno bipolar infantil. Existen múltiples factores que contribuyen a que la enfermedad esté infradiagnosticada y se confunda con facilidad con otros trastornos con conductas de externalización patológica, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un niño con sospecha de trastorno bipolar infantil con el que se ha llevado a cabo un seguimiento semanal desde los 3 hasta los 5 años, con la finalidad de observar su conducta y llevar a cabo un buen diagnóstico diferencial.

Conclusiones: El diagnóstico de trastorno bipolar infantil debe ser considerado en aquellos menores con síntomas graves de hiperactividad, distraibilidad, impulsividad y alteración de la conducta, especialmente en aquellos casos en los que encontremos antecedentes familiares de trastorno bipolar, fluctuaciones anímicas llamativas, episodios de agresividad graves y alteración del sueño.

Palabras clave: Trastorno bipolar infantil, Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Introduction: There is increasing evidence on the validity of the diagnosis of pediatric bipolar disorder. There are multiple factors that contribute to the disease being underdiagnosed and easily confused with other

disorders with pathological externalizing behaviors, such as attention deficit hyperactivity disorder.

Clinical case: The case of a child with suspected childhood bipolar disorder is exposed. He has attended intensive follow-up from 3 to 5 years, in order to observe their behavior and carry out an adequate differential diagnosis.

Conclusions: The diagnosis of pediatric bipolar disorder should be considered in children with severe symptoms of hyperactivity, distractibility, impulsivity and behavior alteration, especially in those with a family history of bipolar disorder, flashy mood fluctuations, episodes of aggressiveness severe and sleep disturbance.

Keywords: Pediatric bipolar disorder, Differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad mental grave caracterizada por fluctuaciones patológicas del estado de ánimo (episodios de depresión, manía y mixtos) que interfiere en el funcionamiento diario de las personas que lo padecen (1).

Aunque tradicionalmente se ha considerado como un trastorno de inicio en la edad adulta, existe evidencia creciente sobre la validez del diagnóstico en población infantil (2). Un estudio reciente llevado a cabo con adultos diagnosticados de trastorno bipolar informó que en el 24% de los casos, los síntomas afectivos se iniciaron entre los 1 y los 8 años (3).

La prevalencia del trastorno bipolar infantil (TBI) en estudios epidemiológicos es comparable en diferentes países, con tasas promedio de aproximadamente 1 al 2 por ciento, aunque según señalan diferentes estudios, esta cifra podría estar sesgada por el infradiagnóstico del trastorno en edad infantil (4).

Existen diversas razones que contribuyen al infradiagnóstico de TBI. Una de ellas, es que a pesar de que los síntomas que aparecen en la población infantil son diferentes a los clásicos síntomas del trastorno bipolar del adulto (especialmente en el caso de los niños más pequeños), no existen a día de hoy criterios diagnósticos específicos para la edad pediátrica (5). De esta manera, los síntomas más observados en los episodios maníacos en niños y adolescentes son: energía elevada, distraibilidad, alta presión del habla e irritabilidad mientras que la euforia, la hipersexualidad o la fuga de ideas resultan menos prevalentes (6). Otra razón que dificulta el diagnóstico es que la enfermedad tiene un inicio insidioso y un curso más continuo, a diferencia del trastorno bipolar del adulto, en el que las descompensaciones afectivas son más claramente marcadas (7). Otras razones implicadas incluyen la dificultad que los niños y los adolescentes presentan a la hora de verbalizar sus emociones, la alta tasa de trastornos comórbidos y la mayor refractariedad al tratamiento estabilizador (8). Con frecuencia, la presentación clínica específica resulta difícil de distinguir de otros trastornos con conductas de externalización patológica, como el trastorno de conducta, el trastorno negativista desafiante y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (3).

El componente genético involucrado en la patogenia del trastorno bipolar es indiscutible. En el caso de que exista un pariente de primer grado con el trastorno, el riesgo aumenta hasta un 5-10%. De esta manera, en un niño o adolescente con síntomas afectivos más antecedentes familiares de trastorno bipolar, debemos plantearnos como posibilidad diagnóstica un TBI (9).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un menor de 3 años que inicia seguimiento por nuestra parte con 3 años presentando como síntomas principales dificultad para mantener la atención, hiperactividad, cambios de humor bruscos, frecuentes rabietas, comportamientos en la línea

oposicionista y dificultades a la hora de relacionarse con otros niños.

Hace 6 meses, el menor fue valorado en una ocasión en un centro privado, con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA). Según se refiere en informes, el menor no parecía comprender las situaciones sociales, presentaba intereses restringidos con cuentos y números. Presentaba un discurso estereotipado, frecuentes ecolalias e hipersensibilidad a ruidos.

Los padres cuentan que lo que más les preocupa actualmente son las dificultades a la hora de relacionarse con otros niños. Lo han visto jugar en el parque y han observado que trata de incluir a otros niños en sus juegos, pero éstos son incapaces de seguir su ritmo elevado de actividad. La familia describe algunas etapas de euforia durante una semana, aunque lo más frecuente es una fluctuación anímica llamativa a lo largo del día. Las rabietas que inicialmente parecían mediadas por la rigidez mental (aparecían cuando la madre no le daba lo que quería en ese momento, cuando la madre no estaba presente durante el juego, cuando se llevaban a cabo cambios en las rutinas diarias...), en los últimos meses no parecen estar mediadas por factores externos. Los padres describen risas inmotivadas frecuentes, así como un miedo que el menor les verbalizó en una ocasión relacionado con que un personaje imaginario llamado "es posible", le tocara sus partes. Les llama la atención que a pesar de que tarde horas en quedarse dormido y se despierte en varias ocasiones por la noche, no notan al menor cansado por las mañanas. A su vez, presenta enuresis nocturna tras 6 meses de control esfinteriano y pesadillas de reciente aparición.

A nivel somático no presenta antecedentes de relevancia. A nivel familiar, tiene antecedentes de trastorno bipolar en la madre y el abuelo materno, con suicidio consumado de este último durante una fase depresiva.

Con respecto al desarrollo evolutivo, el embarazo fue controlado, sin exposición a tóxicos o infecciones. Parto a término, con fórceps. APGAR 4/9 que precisó de REA tipo II. Peso al nacer de 4000 g. Se refieren fases depresivas durante el embarazo y el puerperio. Cribado auditivo bilateral normal. Lactancia artificial. Dentición a tiempo. No se describen problemas en la alimentación. Algo distraído. Llamaba la atención un sueño muy fraccionado, se despertaba cada 2 horas durante los primeros 2 años y presentaba pesadillas frecuentes que a

día de hoy mantiene. No recuerdan bien la sonrisa social. No describen carcajadas. Descrito como un bebé poco cariñoso, no le gustaba que le cogieran en brazos o que le dieran besos. Descritas alteraciones del tono de bebé, se ponía muy rígido cuando le tomaban en brazos. Sí atendía a su nombre, fijando la mirada desde bebe. Ha compartido intereses en casa y lo hace habitualmente, aunque con tendencia a las actividades solitarias. En el cole se describen importantes dificultades de integración. Solía quedarse solo en el patio. Los hitos de psicomotricidad se describen dentro de lo normal. No se describen movimientos estereotipados. No se describe especial rigidez ni intolerancia a los cambios. Desarrollo del lenguaje inicialmente sin dificultades. Silabeo, primeras palabras. Algo más tardío en la estructura de frases, empezando alrededor de los 3 años. En ocasiones hablaba en tercera persona. Desarrollo del juego simbólico sin problemas.

Durante las entrevistas iniciales se objetiva una marcada inquietud, un discurso atropellado y reiterativo, un juego desorganizado y agresivo, alta demanda de atención, episodios de irritabilidad y en alguna ocasión, risas inmotivadas. Fija la mirada de forma adecuada, presenta un lenguaje acorde a su edad, sin objetivarse ecolalias. Imita a los padres. Muestra intereses variados. Antes de ir a la cama tiene el ritual de meter varios peluches en la cama y leerles siempre el mismo cuento. La familia ha intentado cambiar el cuento en varias ocasiones, con escasa aceptación. Presenta algunas conductas repetitivas pero que van cambiando y en los últimos meses se han reducido. Persiste la hipersensibilidad a estímulos. Presenta juego funcional y simbólico. El paciente es valorado por el programa de diagnóstico diferencial de TEA del Hospital Universitario 12 de Octubre, sin cumplir en el momento actual criterios diagnósticos.

Con la finalidad de observar la sintomatología del menor de manera directa y tratar de filiar el cuadro, se propone a los padres la incorporación del menor a terapia grupal con enfermería, quienes aceptan. Durante 2 años el menor ha estado acudiendo de manera regular una hora a la semana a la terapia grupal. En las sesiones se objetiva que el menor trata de incluir a otros niños en su juego. Se muestra acelerado y se cansa muy rápido de las actividades, por lo que las cambia con frecuencia, lo que genera el rechazo de los otros niños que parecen agobiados por su ritmo elevado de actividad. Esto le frustra y se enfada con facilidad, presentando episodios

de ira, llegando a agredir física y verbalmente a otros niños y a objetos. En algunas ocasiones se arrepiente, se echa a llorar y pide disculpas. Es muy rígido con respecto al contenido de los juegos, manifestando dificultades para tolerar las improvisaciones de otros niños. Con frecuencia verbaliza comentarios grandilocuentes acerca de sí mismo y se objetivan a su vez dificultades a la hora de comprender las emociones de otros. A nivel de estado de ánimo, se objetiva una fluctuación anímica llamativa a lo largo de la sesión con facilidad para pasar en pocos minutos de un ánimo exaltado a la irritabilidad y la tristeza.

Como sospecha diagnóstica inicial, se plantea un posible TDAH grave versus un TBI. Se inicia tratamiento con risperidona, llegando hasta 0.5 ml diarios con mejoría parcial a nivel de inquietud, calidad atencional, rigidez y sueño. El menor comienza a presentar hipersomnolencia y apatía como efectos secundarios de dicho tratamiento. Se inicia a su vez tratamiento con metilfenidato, con mala tolerancia y empeoramiento anímico, por lo que se procede a su retirada.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial entre TDAH y TBI resulta difícil debido al solapamiento de síntomas entre ambos trastornos [13, 14]. Algunos síntomas comunes incluyen aumento de la actividad motriz, verborrea, distraibilidad, impulsividad, irritabilidad, dificultad para conciliar el sueño y baja capacidad de juicio [15]. Sin embargo, existen diferencias cualitativas que nos ayudan en el diagnóstico diferencial (Tabla 1).

A continuación, se describen de manera detallada los síntomas que presenta el menor del caso clínico y que apoyan la sospecha diagnóstica de TBI.

Con respecto a las conductas agresivas objetivadas en las sesiones de grupo, parecían ser intencionadas y paralelas a los picos de irritabilidad. En varias ocasiones el menor trató de agredir a otros niños porque no seguían su ritmo de juego o porque interpretaba que se estaban riendo de él. En otras ocasiones, los episodios no parecían estar mediados por ningún factor externo y la irritabilidad se acompañaba de desorganización conductual. Durante estos episodios, era frecuente que verbalizase amenazas violentas y homicidas. Inmediatamente después de agredir, el menor no parecía comprender la gravedad de lo sucedido, se mostraba escasamente empático y con frecuencia olvidaba lo sucedido al terminar la sesión.

Tabla 1: Características clínicas diferenciadoras entre TBI y TDAH [16, 17].	
TBI	TDAH
La conducta agresiva parece ser intencional y provocativa, con falta de remordimiento. A veces se describe como "el matón del patio de recreo". En ocasiones puede mostrarse sádico. El niño a menudo mentirá acerca de golpear a otros niños. Puede percibir amenazas imaginarias.	La conducta agresiva no suele ser secundaria a un enfado sino a una falta de atención.
Las rabietas son intensas y persistentes, pueden durar más de una hora.	Las rabietas son breves, menos intensas.
El menor se involucra en el comportamiento de búsqueda de riesgo debido a problemas de juicio, impulsividad y desinhibición maniaca.	Se involucra en conductas que conducen a consecuencias dañinas, pero a menudo desconoce el peligro hasta que ocurre la consecuencia.
Presenta una mayor impulsividad.	Presenta una menor impulsividad.
Puede sentirse enfadado por períodos de tiempo más largos, guarda rencor, es implacable.	Puede calmarse generalmente en 20-30 minutos, tiende a olvidarse del motivo de estar molesto.
A menudo se muestra rígido, inflexible y ansioso.	Gestiona mal el tiempo.
Puede expresar amenazas violentas y homicidas.	Suele presentar gritos de frustración e ira.
Durante los episodios de agresividad suele presentar una posición corporal regresiva. Por ejemplo, la posición fetal.	No suele presentar comportamientos regresivos.
La amnesia de arrebato y comportamiento es común.	Por lo general, no hay amnesia de los eventos.
La agresión está frecuentemente desencadenada por fijación de límites, falta de sueño, hipoglucemia, deshidratación, calor y sobreestimulación emocional.	La agresión suele estar desencadenada por la dificultad de aprendizaje o las demandas de atención dirigida.
Hiperactividad episódica, dirigida a actividades placenteras, el paciente está "muy ocupado".	Hiperactividad continua y sin objetivo.
La alta presión del habla se debe a la fuga de ideas, la imaginación vívida y la elevada emoción. Existe por lo general, una mayor dificultad para redirigir el discurso.	Se muestra hablador debido a la falta de inhibición, a veces se puede redirigir.
Fluctuación en el nivel de actividad durante todo el día. A menudo presenta baja energía en la mañana, presentando más energía en la comida, poca energía en la siesta y elevada energía en la tarde-noche.	Hiperactividad y/o falta de atención durante todo el día, con marcado empeoramiento cuando se espera una atención prolongada o un comportamiento en la tarea.
Dificultades para conciliar y mantener el sueño o frecuentes despertares durante la noche.	Generalmente descansan bien. Ritmo circadiano normal.
Disminución de la necesidad de dormir.	No disminución de la necesidad de dormir.
La perturbación del sueño incluye pesadillas o terrores nocturnos. A menudo los temas muestran la mutilación explícita del cuerpo o la sangre.	Resistencia al sueño, menos trastornos del sueño, a menos que esté relacionado con un trastorno del sueño comórbido.
Inercia del sueño, despertar lento, a menos que se encuentre en una fase maniaca. A menudo irritable en la mañana con disforia, pensamiento borroso, "telarañas" y variedades de dolencias somáticas como dolores de cabeza y de estómago.	Tiende a despertarse rápidamente y está alerta en pocos minutos.

Estado de ánimo a menudo disfórico. La irritabilidad es un síntoma prominente especialmente en la excitación matutina.	En general, no tiene un estado de ánimo disfórico como síntoma predominante. Los cambios de humor generalmente están relacionados con las demandas de aprendizaje. La irritabilidad a menudo empeora por la retirada del tratamiento psicoestimulante.
Rápidos cambios de humor, sin insight.	Menos cambios de humor, con mayor insight.
Superdotación cognitiva, a menudo verbalmente precoz y verbalmente avanzada para la edad.	Puede ser precoz pero también puede tener problemas de aprendizaje.
El autoestima fluctúa en función del estado anímico.	Problemas de autoestima relacionados con el fracaso escolar y social.
Fuerte interés y comportamiento sexual temprano.	Sin interés sexual precoz.
Puede presentarse con síntomas psicóticos.	Sin síntomas psicóticos.
A menudo exhiben grandes distorsiones en la percepción de la realidad e interpretaciones de eventos emocionales.	Sin pérdida de contacto con la realidad.
Con más frecuencia presenta ideas o comportamiento suicida.	Con menos frecuencia presenta ideas o comportamiento suicida.
Los antipsicóticos y estabilizadores del ánimo mejoran los síntomas.	Los antipsicóticos y estabilizadores del ánimo no mejoran los síntomas.
Los estimulantes pueden interrumpir el sueño o empeorar el estado de ánimo.	Los psicoestimulantes son efectivos.

Las ocasiones en las que se arrepentía, se echaba a llorar y pedía disculpas, coincidían con un episodio de bajo ánimo. Por lo general, la duración de las rabietas no excedía la media hora. Durante los episodios nunca se objetivó una posición corporal regresiva.

En relación a la hiperactividad del menor, impresionaba de ser sostenida en el tiempo, más que episódica. Parecía estar dirigida a actividades que le producían placer (en varias ocasiones el menor verbalizó no poder parar porque “tenía muchas cosas divertidas que hacer”).

A nivel de estado de ánimo, se objetivó en cada sesión rápidas fluctuaciones del humor, con facilidad para pasar en pocos minutos de la risa, al llanto incontrolable y a la irritabilidad, siendo en la mayor parte de las ocasiones una fluctuación no mediada por estresores externos.

Con respecto al sueño, los padres señalaban su asombro al observar que el menor “nunca parecía estar cansado”, a pesar de que le costaba mucho quedarse dormido y se despertaba muchas veces por la noche.

La sintomatología descrita hasta ahora, junto a las etapas de euforia referida por los padres, la rigidez mental, la verbalización de comentarios grandilocuentes acerca de sí mismo, el miedo de contenido sexual que el menor ha verbalizado, la escasa respuesta al tratamiento psicoestimulante y la eficacia parcial de risperidona a

baja dosis, apoyan el diagnóstico de TBI.

Con respecto a la posible comorbilidad de TBI con un TEA, los síntomas presentes en el menor que apoyarían este diagnóstico son: la dificultad para comprender las relaciones sociales, la limitación a la hora de reconocer estados emocionales en otros, la rigidez mental, la hipersensibilidad a ruidos y la persistencia de algunos rituales. Sin embargo, la presencia de un buen contacto ocular, de una buena expresión facial y en general de un buen uso de los gestos reguladores de la interacción social, el interés por la interacción con pares, la ausencia de estereotipias verbales o ecolalias, la mejora de las conductas repetitivas, la ausencia de intereses restringidos en la actualidad, así como la presencia de juego funcional y simbólico, alejan al menor de este diagnóstico.

CONCLUSIONES

Debemos plantearnos la sospecha de TBI ante un menor con síntomas graves de hiperactividad, distraibilidad, impulsividad y alteración de la conducta, especialmente en aquellos casos en los que encontremos antecedentes familiares de trastorno bipolar, fluctuaciones anímicas llamativas, episodios de agresividad graves y alteración del sueño.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses en relación con el material redactado en este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodgers MJ, Zylstra RG, McKay JB, Solomon AL, Choby BA. Adolescent Bipolar Disorder: a clinical vignette. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12(4).
2. Geoffroy PA, Jardri R, Etain B, Thomas P, Rolland B. Le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent : un diagnostic difficile. *Presse Med* 2014; 43 (9): 912–20.
3. Hellander M. Pediatric bipolar disorder: the parent advocacy perspective. *Biol Psychiatry* 2003; 53 (11): 935–7.
4. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Meta-Analysis of Epidemiologic Studies of Pediatric Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2011; 72 (9): 1250–6.
5. Méndez I, Birmaher B. Pediatric Bipolar Disorder: Do we know how to detect it? *Actas Esp Psiquiatr* 2010. 38 (3): 170–82.
6. Birmaher B, Arbelaez C, Brent D. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11 (3): 619–37.
7. Ulloa RE, Birmaher B, Axelson D, Williamson DE, Brent DA, Ryan ND, et al. Psychosis in a pediatric mood and anxiety disorders clinic: phenomenology and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (3): 337–45.
8. Craddock N, Sklar P. Genetics of bipolar disorder. *Lancet* 2013; 381 (9878): 1654–62.
9. Marangoni C, De Chiara L, Faedda GL. Bipolar Disorder and ADHD: Comorbidity and Diagnostic Distinctions. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17 (8): 67.

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

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

Los originales para publicación deberán enviarse a la Secretaría Técnica de la Revista, a través de su correo electrónico, direccion.revista@aepnya.org, o del sistema disponible en su pagina 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, aunque será flexible según el tema tratado)

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

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

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

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

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

4.- Cartas al Director

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

5.- Notas Bibliográficas

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

6.- Secciones Especiales

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

7.- Agenda

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

8.- Números Monográficos

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

Tablas y figuras

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envío de manuscritos

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

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

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

Los autores son responsables de la investigación.

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

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

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

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

Revisión y revisión externa (peer review)

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

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

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

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

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

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