

ARTICULO DE REVISIÓN

Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

R. Lineros-Linero, B. Martínez-Núñez 297

Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas digestivas

JC Peláez-Álvarez, MJ De Castro Oller, J Martín Carballeda, Francisco Montañés Rada 302

Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas: enfermedades renales

J Martín Carballeda, JC Peláez Álvarez, MJ De Castro Oller, F Montañés Rada 309

CASO CLÍNICO

Solo hay que ponerse crema para el sol: a propósito de un caso de lupus eritematoso sistémico

M. Díaz de Neira Hernando, L. García Murillo, M. A. Forti Buratti 318

Anorexia nerviosa y psiquiatría transcultural

C. García Montero; S. Geijo Uribe; B. Mongil López; M. Vaquero Casado 323

Síndrome de Holt-Oram y Trastorno del Espectro Autista. A propósito de un caso

L Fontecha Banegas, I Moreno Alonso, A Huertas Patón 328

Microdelección 1q21.1 y psicosis. A propósito de un caso

MP Rivera Moya, A Fernández Alonso, N Rodríguez Criado, I Mesian Pérez 332

NORMAS DE PUBLICACIÓN 337



Seguro de Automóvil



Sonia tiene que pasar la ITV,
pero está muy *tranquila*

Porque con su Seguro de Automóvil, en A.M.A. pasamos la ITV de su coche por ella.

Así de fácil...

A.M.A. MADRID

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
amacentral@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)

Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síguenos en

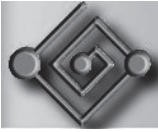


y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora





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.

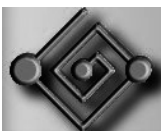
Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información sin la autorización por escrito del titular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

REVIEW ARTICLES

| | |
|--|-----|
| Review about Group Therapy in Children and Adolescents with an Eating Disorders <i>R. Lineros-Linero, B. Martínez-Núñez</i> | 297 |
| Psychosomatic psychiatry of the child and adolescent with chronic digestive diseases <i>JC Peláez-Álvarez, MJ De Castro Oller, J Martín Carballeda, Francisco Montañés Rada</i> | 302 |
| Children and Adolescent Psychomatic Psychiatry: Kidney Diseases <i>J Martín Carballeda, JC Peláez Álvarez, MJ De Castro Oller, F Montañés Rada</i> | 309 |

CASE REPORTS

| | |
|--|-----|
| You just need to wear sunscreen: a case report on systemic lupus erythematosus <i>M. Díaz de Neira Hernando, L. García Murillo, M. A. Forti Buratti</i> | 318 |
| Anorexia nervosa and transcultural psychiatry <i>C. García Montero; S. Geijo Uribe; B. Mongil López; M. Vaquero Casado</i> | 323 |
| Holt-Oram syndrome and autism spectrum disorder. About a case <i>L Fontecha Banegas, I Moreno Alonso, A Huertas Patón</i> | 328 |
| A case report of 1q21.1 microdeletion and psychosis <i>MP Rivera Moya, A Fernández Alonso, N Rodríguez Criado, I Mesian Pérez</i> | 332 |

| | |
|-----------------------------|-----|
| NORMAS DE PUBLICACIÓN | 337 |
|-----------------------------|-----|

R. Lineros-Linero*, **B. Martínez-Núñez****

* Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Revisión sobre la terapia de grupo en niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a1>

Correspondencia:

Ronda Exterior Norte s/n,
21005, Huelva.

rosariolinerolinero@gmail.com

Review about Group Therapy in Children and Adolescents with an Eating Disorders

RESUMEN

Introducción: En los últimos años ha aumentado la visibilización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), se diagnostican mejor, de forma más temprana y han adquirido una gran relevancia en la sociedad, tanto por la gravedad de la clínica psíquica como sus comorbilidades. Son trastornos que requieren, en la mayoría de las ocasiones, un largo camino hacia la recuperación, precisando un abordaje de tratamiento multimodal.

Objetivo: Realizar una revisión de la bibliografía existente sobre tratamientos psicoterapéuticos en formato grupal en adolescentes con TCA.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane, UptoDate y Google Scholar, incluyendo todos los resultados hasta febrero 2018 (sin límite de fecha de publicación). Los idiomas seleccionados han sido inglés y español. Se han usado las combinaciones de eating disorder (OR anorexia, bulimia, binge) AND adolescence (OR Young) AND group therapy (OR psychotherapy) y los equivalentes en español.

Resultados: En la población infanto-juvenil se han publicado cinco trabajos en este ámbito. Uno se trata de una revisión de los tratamientos existentes siendo el resto artículos originales. De entre ellos, dos presentan un enfoque basado en la terapia de rehabilitación cognitiva con buenos resultados en adolescentes. Otro estudio profundiza sobre la autoestima y las habilidades sociales, hallando una mejoría notable en las mismas tras la terapia. Por último, encontramos un trabajo basado en la terapia cognitivo conductual, mejorando tanto la sintomatología alimentaria como la ansiedad asociada, problemas de autoestima o relaciones interpersonales.

Conclusiones: Tanto en población adulta como en adolescentes se encuentran beneficios y efectividad demostrada en terapia grupal como parte del tratamiento de trastornos de la alimentación, no obstante, la evidencia es escasa. Es necesario seguir investigando en este ámbito ya que hay poca bibliografía publicada, a pesar de ser frecuente en la práctica clínica.

Palabras clave: Psicoterapia, Trastornos Alimentarios, Niño, Adolescente, Revisión

ABSTRACT

Introduction: In recent years, eating disorders are more visible. These are diagnosed better and earlier, and have acquired great relevance in society due to the severity of the psychic symptoms and their comorbidities. These disorders require, in most cases, a long road to recovery, requiring a multimodal treatment approach.

Objective: Review of existing literature for group psychotherapy in adolescents with eating disorders.

Methods: A search is carried out in PubMed, Cochrane, UptoDate and Google Scholar, including the results up to February 2018 (no limit of publication date). The selected languages have been English and Spanish. The key words used were eating disorder (OR anorexia, bulimia, binge) AND adolescence (OR Young) AND group therapy (OR psychotherapy) and their equivalents in Spanish.

Results: We found five publications for children and adolescents' population. One is a review of existing treatments and the rest are original articles. Among them, two presented cognitive rehabilitation group therapy with good results in adolescents. Another study with an approach focused on self-esteem and social skills found a marked improvement after therapy. Finally, we found a work based on cognitive behavioral therapy, improving both food symptomatology and associated anxiety and self-esteem problems or interpersonal relationships.

Conclusions: We found demonstrated evidence for group therapy in adults and adolescents with eating disorders, however, the sources are few. It is necessary to continue researching in this field because, despite being frequent in clinical practice, publications are not so many.

Key words: Psychotherapy, Feeding and Eating Disorders, Child, Adolescent, Review.

INTRODUCCIÓN

Según el último manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, los principales trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se dividen en Anorexia nerviosa (AN), que a su vez puede ser restrictiva o purgativa, bulimia nerviosa (BN), el trastorno de

atracones (TA), el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERI), la pica y el trastorno de rumiación (1).

La AN se caracteriza por restricción de la ingesta, que provoca un peso corporal bajo, miedo a ganar peso y alteración de la imagen corporal. La BN se caracteriza por episodios de sobreingestas recurrentes con sensación de pérdida del control asociada, seguidos de conductas compensatorias. En el TA se presentan episodios de sobreingestas como en la BN, pero sin conductas compensatorias relacionadas. En el TERI hay dificultades para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas, asociadas a pérdida de peso y sin que haya evidencias de síntomas correspondientes a AN o BN.

En el DSM-5 además de la inclusión del TA y del TERI como nuevas entidades diagnósticas, otro de los cambios en la clasificación es la nueva denominación de los antes llamados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) que ahora pasarían a ser "otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado". Actualmente, se indica específicamente el criterio que falta para cumplir con el cuadro completo de uno de los trastornos alimentarios, incluyendo conceptos como anorexia nerviosa atípica, trastorno por purgas, etc. (1).

Según las cifras del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2004) (2) y los datos de la American Psychiatric Association (APA, 2006) (3), la prevalencia global de la AN sería 0,3% a 3,7%, la BN de 1% a 4,2% y los TCANE 0,5% a 1%.

El pronóstico de estos trastornos puede ser muy variable, también atendiendo a las complicaciones físicas que lo condicionan. Casi el 50% de los casos de AN consigue una remisión completa, un 20-30% una remisión parcial, y un 10-20% evolucionan a la cronicidad (4). En el caso de la BN, el 60% de los pacientes se consideran de buen pronóstico, el 30% tienen una recuperación parcial, y el 10% tiene un mal pronóstico (4). Para los diferentes tratamientos en los TCA se precisa de un abordaje multidisciplinar y éste puede realizarse en diferentes niveles de atención y recursos asistenciales (5). Un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para mejorar el pronóstico de la enfermedad (6).

El objetivo de esta revisión es estudiar el impacto de las diferentes intervenciones que se realizan en estos pacientes, siendo el formato grupal de nuestro interés

por ser una herramienta que usamos en nuestra práctica clínica habitual.

Justificación y objetivos de la revisión

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han adquirido en los últimos años mayor visibilidad y relevancia social. Esto hace que el diagnóstico se haga de forma más temprana y se pueda atender de forma integral la gravedad de la clínica física y psíquica. Por la complejidad de estos trastornos, en la mayoría de las ocasiones se requiere de un tiempo prolongado de tratamiento para lograr la recuperación, precisando un abordaje multidisciplinar (7).

El objetivo de este trabajo es revisar la bibliografía existente sobre tratamientos psicoterapéuticos en formato grupal para pacientes adolescentes con TCA.

Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane, UptoDate y Google Scholar hasta febrero 2018 (sin límite de fecha de publicación). Los idiomas seleccionados han sido inglés y español. Se han usado las combinaciones de eating disorder (OR anorexia, bulimia, binge) AND adolescence (OR young) AND group therapy (OR psychotherapy) y los equivalentes en español.

Desarrollo

Los tratamientos psicoterapéuticos que se recogen en la guía NICE del año 2017 para adultos con anorexia se contemplan las siguientes intervenciones: terapia individual cognitivo-conductual centrada en los trastornos alimentarios (TCC-ED), el Tratamiento de la anorexia nerviosa Maudsley para adultos (MANTRA) y la administración de gestión clínica de apoyo (SSCM) (8). No se ha demostrado que haya un enfoque significativamente superior a otro (3,9,10,11). Además, se han encontrado resultados positivos con la psicoterapia psicodinámica, la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (TPI) y, más recientemente, la terapia dialéctico-conductual (TCD) (12).

Un equipo japonés, en 2017, analiza la terapia de rehabilitación cognitiva (CRT). Ésta tiene como objetivo aumentar la flexibilidad cognitiva de los pacientes y fomentar la conciencia de sus propios estilos de

pensamiento. La CRT se ha aplicado en el tratamiento de la anorexia nerviosa (AN) del adulto, y se ha demostrado que es efectiva y aceptable en los aspectos mencionados (13).

Centrándonos en la población de niños y adolescentes con anorexia nerviosa, la guía NICE de 2017 indica que se debe considerar como parte de tratamiento la terapia familiar (TF) (8). Además, es fundamental incluir la psicoeducación sobre la nutrición y los efectos de la desnutrición.

Respecto a la psicoterapia en formato grupal para pacientes adultos con TCA, Yuti Okamoto realizó un estudio longitudinal (10 años) en un grupo de mujeres, aplicando TCC grupal, con evaluación al año, a los cinco y a los diez años del tratamiento psicoterapéutico. Obtuvieron resultados positivos en los indicadores de calidad de las relaciones con iguales y desarrollo de habilidades de comunicación y de socialización. Además, cuantifican mejoría en la sintomatología depresiva y en técnicas de afrontamiento orientadas a la emoción y a la autoestima (14).

Rodríguez Guarín analiza la eficacia de técnicas de Terapia Dialéctico-Conductual en sesiones grupales de pacientes adultos con TCA. Ese estudio concluye que la disregulación emocional puede actuar como un factor mantenedor de los síntomas alimentarios y es fundamental abordarla como parte del tratamiento (15).

En el trabajo de Peláez y colaboradores, siguen durante un año a un grupo de pacientes con una edad media de 20 años, intervienen el médico de familia y un psicólogo clínico. Realizan sesiones grupales de TCC, demostrando eficacia en reducción de episodios de sobreingestas y vómitos autoinducidos. También encuentran una disminución significativa de la preocupación por el peso y la figura de las pacientes (16).

En un ensayo aleatorizado de 162 pacientes con sobrepeso y trastorno por atracón, éstos fueron tratados con terapia cognitivo-conductual grupal o psicoterapia interpersonal grupal y detectaron que la falta de respuesta al tratamiento, que se definió como la no abstinencia de atracones, estaba relacionada con la menor cohesión grupal durante la fase temprana de tratamiento (17).

Si nos centramos exclusivamente en población infanto-juvenil, objetivo de este trabajo, en 2008 realizan un estudio en un grupo de 8 pacientes adolescentes con

TCA, donde los hallazgos preliminares sugieren que el análisis grupal a largo plazo puede ser una herramienta valiosa de tratamiento, no obstante, son hallazgos que han de analizarse con cautela por tratarse de una muestra pequeña y sin grupo control comparativo (18).

En 2011, Lázaro y colaboradores publican un estudio de adolescentes con TCA (n=8) profundizando en terapia grupal estructurada para el desarrollo de autoestima y habilidades sociales. Aquellos pacientes con diagnóstico de BN obtuvieron una peor percepción de algunas variables de autoestima y habilidades sociales. Después de la terapia, ambos grupos tienen mejoras significativas en percepción de la apariencia física, autoconcepto, satisfacción y aislamiento social (19).

Wood H. et al en 2011 investigan acerca de la terapia de rehabilitación cognitiva (CRT) en formato grupal en pacientes con anorexia nerviosa, con el objetivo de mejorar las dificultades para cambiar de postura o los déficits visuoespaciales. Es el primer estudio que analiza esta terapia en esta población. La CRT en grupos fue bien recibido por los participantes, quienes informaron que era divertido y útil. Las impresiones clínicas del estudio sugerían que este enfoque es una adición potencialmente útil para el tratamiento de esta población (20).

El grupo de Tornero en 2014, utilizó una intervención multimodal, incluyendo terapia cognitivo-conductual con exposición y prevención de respuesta; reestructuración cognitiva para distorsiones relacionadas con la comida, peso y forma corporal; refuerzo social de los avances conseguidos en grupo, entrenamiento en habilidades sociales y prevención de recaídas. En sus resultados hallaron una mejoría clínica en relación a la actitud frente a la comida y la autoestima. Observaron una reducción de la insatisfacción y de la distorsión de la imagen corporal, consiguiendo la eliminación de los pensamientos erróneos sobre ésta y su sustitución por otros más adaptados y realistas (21).

En 2014 se publica una revisión sobre los tratamientos en grupo de adolescentes con TCA, donde queda reflejado la escasez de estudios con un buen diseño en este ámbito. Se encontró que los grupos de terapia conductual cognitiva eran más efectivos para la bulimia nerviosa y la terapia grupal multifamiliar mostró ser prometedora para la anorexia nerviosa (22).

CONCLUSIONES

En las Unidades de Trastornos del Comportamiento Alimentario en nuestro territorio nacional es muy frecuente que se realicen terapias grupales (con diferentes enfoques). Tras realizar esta revisión, resulta sorprendente que no existen muchas publicaciones que ratifiquen la eficacia de estos tratamientos que sí se constata de forma empírica en la práctica clínica habitual. De cara a extrapolar los resultados de las publicaciones, encontramos una gran limitación, además de en el escaso número de estudios, en las muestras pequeñas.

Este artículo debería de servir como llamada de atención a que los profesionales implicados en la atención a estos pacientes cuantifiquen los resultados antes y después de realizar estas intervenciones, de cara a poder contar con mayor cantidad de datos. Además, deberían realizarse series de seguimiento longitudinal con inclusión de grupos controles para conseguir mayor nivel de evidencia.

Conflicto de intereses

RLL y BMN: No cuentan con conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez R, López X, Ocampo MT, Mancilla JM. Eating Disorders Diagnostic: from de DSM IV to DSM-5. *Rev Mex Trast Alim* 2015; 6:108-120.
2. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester (UK): British Psychological Society (UK); 2004 (NICE Clinical Guidelines, No. 9).
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (3rd ed.). Washington. 2006.
4. Gómez-Del Barrio, JA, García-Gómez, MC, Corral-Collantes LP. Convivir con los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia, bulimia y trastorno por atracones. Editorial Médica Panamericana; 2009.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la

- Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
6. Tornero, MJ, Bustamante, R, del Arco, R. Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Rev Psicol Clin Niño Adolesc* 2014; 1 (1): 7-16.
 7. Behar A. y Arancibia M. DSM-5 y los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Child Neuro-Psiquiatr* 2014; 52: 22-33.
 8. National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2017 May. (NICE Guideline, No. 69).
 9. Galsworthy-Francis L, Allan S. Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2014; 34: 54-72.
 10. Watson HJ, Bulik CM. Uptodate on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychol Med* 2013; 43 (12): 477-500.
 11. Wilson, GT, Grilo, CM, Vitousek, KM. Psychological treatment of eating disorders. *Am Psychol* 2007; 62 (3): 199-216.
 12. Cheng PH, Merrick E. Cultural Adaptation of Dialectical Behavior Therapy for a Chinese International Student With Eating Disorder and Depression. *Clin Case Stud* 2017; 16 (1): 42-57.
 13. Kuge R. et al. Group cognitive remediation therapy for younger adolescents with anorexia nervosa: a feasibility study in a Japanese sample. *BMC Res Notes* 2017; 10: 317.
 14. Okamoto et al. A 10-year follow-up study of completers versus dropouts following treatment with an integrated cognitive-behavioral group therapy for eating disorders. *J Eat Disord* 2017; 5: 52.
 15. Rodríguez M. et al. Emotion dysregulation and eating symptoms: analysis of group of sessions in patients with eating disorders. *Rev Mex Trast Aliment* 2017; 8: 72-21.
 16. Peláez MA, Julián R, Raich RM, Durán E. Seguimiento en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA): Eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual en la prevención de las recaídas. *Med Psicosom* 2002; 62/63.
 17. Hilbert, A, Saelens, BE, Stein, RI, Mockus, DS, Welch, RR, Matt, GE, Wilfley DE. Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75 (4): 645-651.
 18. Prestano C. et al. Group Analytic Therapy for Eating Disorders: Preliminary Results in a Single-Group Study. *Eur. Eat. Disorders Rev* . 2008; 16: 302-310.
 19. Lázaro L. et al. Effectiveness of Self-esteem and Social Skills Group Therapy in Adolescent Eating Disorder Patients Attending a Day Hospital Treatment Programme. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 398-406.
 20. Wood L., Al-Khairulla H. y Lasal B. Group cognitive remediation therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2011; 16 (2).
 21. Tornero MJ, Bustamante R, Del Arco R. Tratamiento psicológico de un grupo de adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria no especificado. *Rev Psicol Clin Niño Adolesc* 2014; 1: 7 -16.
 22. Downey J. Group Therapy for Adolescents Living with an Eating Disorder: A Scoping Review. *SAGE Open* 2014; 1-11.

José Carlos Peláez-Álvarez (a), María Jesús de Castro Oller (c), Julia Martín Carballada (c), Francisco Montañés Rada (a,b)

- a. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Psiquiatría Infanto-Juvenil.
b. Jefe del Servicio de Psiquiatría del HUFA. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos I. Alcorcón.
c. Centro de Salud Mental de Alcorcón. Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Correspondencia:
jcpelaez@fhacorcon.es

Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas digestivas

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a2>

Psychosomatic psychiatry of the child and adolescent with chronic digestive diseases

RESUMEN

Las enfermedades crónicas infantiles influyen negativamente en el desarrollo psicológico. Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas digestivas presentan de forma predominante síntomas ansiosos y depresivos. Factores ambientales como el manejo de la sintomatología, la influencia de la respuesta de los pares o de la propia familia pueden determinar el manejo que de la enfermedad tenga el paciente. Estos aspectos son muy relevantes en enfermedades como la Enfermedad de Crohn, la Colitis Ulcerosa, el Dolor Abdominal Recurrente y los Vómitos Psicógenos. Los factores psicológicos que afectan a enfermedades médicas y/o la presencia comórbida de patología mental disminuyen la calidad de vida de estos pacientes afectando también al sistema familiar. La medicina psicosomática aborda estos aspectos de dichas patologías ayudando al paciente y a sus familias. Un abordaje integral por parte digestivo y de salud mental incrementa la salud percibida de los niños y adolescentes con patología digestiva crónica.

Palabras Clave: Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Niños, Adolescentes, Calidad de Vida, Estrés, psicoterapia, psicosomática

ABSTRACT

Chronic childhood diseases negatively influence on the child's psychological development. Children and adolescents with chronic digestive diseases have predominantly anxious and depressive symptoms. Environmental factors such as management of gastrointestinal symptoms, the influence of the response of peers or family itself can determine the handling of the disease. These aspects are very important in diseases like Crohn's disease, ulcerative colitis, recurrent abdominal pain and psychogenic vomiting. Psychological factors affecting medical conditions and / or the presence of comorbid mental illness diminish the quality of life of these patients also the family system is affecting. Psychosomatic medicine addresses these aspects of these diseases helping patients and their families. A comprehensive approach to improving gastrointestinal and psychiatric symptoms increases the perceived health of children and adolescents with chronic digestive diseases.

Keywords: Ulcerative Colitis, Crohn Disease, Children, Adolescent, Quality of Life, Stress, Psychological therapy, psychosomatics

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas infantiles hacen que tengan entre 3 y 4 veces más riesgo de desarrollar un trastorno mental que sus pares, con importantes repercusiones en el funcionamiento escolar y en la valoración personal (1). Dichas enfermedades pueden suponer una causa de estrés y este, induce cambios en la arquitectura de diferentes regiones del cerebro en desarrollo de un niño o un adolescente (por ejemplo, la amígdala, el hipocampo o la corteza prefrontal). Los cambios producidos por el estrés continuado de una enfermedad crónica serían permanentes y afectaría a funciones importantes, como la autorregulación, el aprendizaje de nuevas habilidades y el desarrollo de capacidades para hacer adaptaciones saludables ante la adversidad (2). Los trastornos gastrointestinales de carácter crónico que más implicaciones tienen para la salud mental del niño y del adolescente son el dolor abdominal recurrente (DAR), la enfermedad de Crohn (EC), la enfermedad celiaca (ECe), la colitis ulcerosa (CU) y los vómitos psicógenos (VP). La influencia que los factores psicológicos pueden tener sobre cada una de ellas puede variar. Muchos de estos niños presentan frecuentes ausencias debido a la sintomatología y a las citas médicas, esto les pone en situaciones embarazosas a la hora de explicar sus ausencias y ser incluso objetos de burla por parte de ellos.

Podríamos dividir estas enfermedades en dos grupos y para ello utilizaríamos un criterio temporal. El primer grupo serían la EC, la CU y la ECe que son enfermedades de carácter crónico y en las cuales se puede generar patología mental que curse comórbidamente o que influya en el curso de la enfermedad. El segundo grupo serían aquellas afecciones como el DAR y los VP que pueden llegar a remitir con el tiempo.

Dentro de la nueva clasificación DSM-5 (3) los trastornos por síntomas somáticos podrían dar cabida a ambos grupos. Entre los cambios introducidos en la nueva versión, se incluyen los trastornos por síntomas somáticos, antiguo trastorno por somatización en el DSM IV (4), y el nuevo trastorno, factores psicológicos que afectan a otras enfermedades médicas. Las variaciones en dicho grupo diagnóstico acercan lo somático y lo psicológico (5). Sin embargo, la sintomatología del DAR y los VP, que es eminentemente digestiva, no siempre se acompaña de dolor en otras partes del cuerpo y se desconoce la etiología real de los mismos.

DESARROLLO

Enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa.

La EC y la CU se engloban dentro de las EII. Las EII son enfermedades crónicas y se producen por la existencia de una respuesta inflamatoria inadecuada ante la presencia de microbios intestinales en pacientes que tengan una susceptibilidad. Las EII alternan remisiones y recaídas, durante estas últimas se producen síntomas de dolor abdominal, diarrea, sangrado rectal, pérdida de peso, retraso puberal y en el crecimiento, fiebre, fatiga y artritis (6). Es posible que exista una disfunción en las interacciones cerebro-intestino que participe en la patogénesis de la EII. Dicha hipótesis se basa en la existencia de: una disfunción del sistema nervioso autónomo, alteraciones detectadas en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y en la vía antiinflamatorio colinérgica, un efecto perjudicial producido por el estrés y la depresión, así como un acoplamiento anormal de la corteza prefrontal y la amígdala y una relación anormal entre la microbiota y el cerebro como factores pro-inflamatorios (7).

La sintomatología de la EII hace que los jóvenes afectados tengan múltiples ausencias y tengan que responder a preguntas embarazosas (8). Dichas situaciones pueden relacionarse con la existencia de mayores puntuaciones en los cuestionarios de ansiedad y depresión. Cuando se evalúa la ansiedad y la depresión, los pacientes con EII presentan puntuaciones significativamente más altas que los pacientes sin sintomatología intestinal (9). En un estudio realizado por Vidal et al. comprobaron que la actividad de la enfermedad se relacionaba con la presencia de sintomatología depresiva y con una menor la calidad de vida en las dimensiones sociales y emocionales (10). Aunque la EII influye en la génesis de patología mental, siendo los síntomas más comunes la depresión y la ansiedad (11), no todos los investigadores están de acuerdo. La EII grave puede influir en la presencia de puntuaciones más elevadas en la escalas de depresión pero no ser determinante para la existencia de un trastorno depresivo (12).

Si cambiáramos el objetivo del estudio para comprobar cuales serían los factores que más influyen en la presencia de dolor en niños con EII que presentan un trastorno depresivo, se comprueba otro tipo de relación. En pacientes con EC encontraríamos que los factores más

importantes en la percepción del dolor serían la severidad de los síntomas depresivos, el grado de diarrea, la pérdida de peso, la sensibilidad abdominal y los niveles bajos de albumina y en niños con CU y trastorno depresivo serían el grado de depresión percibida y las deposiciones nocturnas (13).

En pacientes con EII la presencia de sintomatología ansioso-depresiva está entre un 21%-35% (14). Existe posiblemente una relación entre la inflamación y las enfermedades mentales. Los pacientes que ingresan en el hospital por una infección o por una enfermedad autoinmune presentan un incremento del riesgo de presentar un trastorno del estado de ánimo del 62% y del 45%, respectivamente (15). Según comprobamos, no se sabe con certeza el grado en el que la sintomatología ansioso-depresiva influye en la EII o el peso de la EII en el desarrollo de dichos síntomas, pero cuando ambos existen en un niño o un adolescente, estos tienen una menor calidad de vida y un mayor sufrimiento.

Algunos factores psicosociales pueden servir como disparadores de las recaídas de las EII. El estrés modula la motilidad del colon e influye en los sistemas endocrino e inmune (16). Los pacientes con EII, en comparación con controles sanos, son menos propensos a realizar estrategias de afrontamiento basadas en la resolución planificada de problemas y en la reevaluación positiva. Además, utilizan aquellas estrategias basadas en la aceptación de la responsabilidad y prescinden de las conductas de evitación (17). Estas estrategias podrían incrementar el estrés percibido generando un perjuicio a largo plazo.

La psicopatología de los jóvenes con EII también incluye la presencia de rasgos de personalidad disfuncionales englobados dentro de un patrón de conducta, alteraciones cognitivas y la falta de sueño (11). No se ha asociado un tipo de trastorno de personalidad o unos rasgos con la EII pero puede que ciertos rasgos si se asocian con la calidad de vida de dichos pacientes. El neuroticismo y, en menor grado, la autoestima y la dificultad para expresar la emoción, juegan un papel importante en la predicción de la calidad de vida en pacientes con EII (18). Otro hallazgo interesante es el realizado por Ondersma et al. al vincular el incremento de la hostilidad expresada y con el aumento de la actividad de la EII (19).

Por otro lado, en un estudio realizado por Castaneda et al. en 2013, los adolescentes con EII presentaron problemas cognitivos leves en comparación con la misma

población con artritis idiopática juvenil, sobre todo en la fase aguda. Los pacientes adolescentes con EII cometían más errores perseverantes. La explicación propuesta relaciona la perseveración medida mediante la prueba de Aprendizaje Verbal de California con una pérdida atencional circunstancial, al ser un test tedioso y largo. Los adolescentes con EII activa pueden tener algunos problemas leves de memoria verbal, pero sin grandes déficits cognitivos (20). Los pacientes con EII y síndrome de colon irritable presentan una discrepancia mayor de lo esperado entre su cociente intelectual verbal y su cociente intelectual manipulativo con respecto a un grupo control sano. Dichos hallazgos no se han podido relacionar con la EII (21). Sin embargo, estos hallazgos son relevantes para el abordaje terapéutico de los pacientes con EII, ya que un funcionamiento verbal deficitario se puede relacionar con un desarrollo psicológico y educativo anómalo. A todo esto, se le añade que los niños con EII presentan un peor funcionamiento conductual y emocional (6). Por ello dentro del abordaje de los niños y adolescentes con EII debe integrar la evaluación y el tratamiento por parte de los servicios de Salud Mental.

El empeoramiento de los problemas psicológicos a menudo se sigue del empeoramiento de la sintomatología gastrointestinal de la EII, y viceversa; es decir, la recaída de la sintomatología EII, puede aumentar los problemas psicosociales. Esta situación puede beneficiarse de un abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico. Así en aquellos pacientes que teniendo una EII y que pudieran realizar una psicoterapia podrían mejorar la perspectiva y el manejo de la enfermedad (22). Intervenciones, como las técnicas de relajación, el reencadre cognitivo de sensaciones fisiológicas, y la programación de eventos agradables a pesar de los síntomas, pueden ayudar a mejorar la calidad de vida subjetiva de los adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal (19). Aunque estas técnicas se engloban dentro de la psicoterapia cognitivo-conductual (TCC), los estudios realizados con TCC en comparación con la psicoterapia psicodinámica, no demuestran que una técnica sea mejor que la otra ni que alguna de ellas influya en el curso de la EII (23). Los estudios realizados con TCC son más frecuentes y han demostrado que las intervenciones realizadas sobre la sintomatología ansioso-depresiva consigue un mejoría de dichos síntomas, en el funcionamiento global y en la percepción sobre la salud física, persistiendo dichos cambios tras pasar un año desde el fin de la terapia

(24). El uso de antidepresivos para el tratamiento de la sintomatología psiquiátrica comórbida supone un beneficio para el paciente al conseguir una mejoría clínica pero no influye en el curso de la enfermedad (25). Por último, se sugiere que los psiquiatras y gastroenterólogos trabajen juntos para determinar mediante consenso la terapia de las EII asegurando el éxito y reduciendo los efectos secundarios de los psicofármacos, consiguiendo así, una menor tasa de recaídas (11).

Enfermedad Celíaca

La ECE es una enteropatía autoinmune que se caracteriza por la intolerancia al gluten. El espectro de la ECE es muy amplio y va desde la presencia de manifestaciones gastrointestinales típicas a las formas silentes, donde la mayor parte de la sintomatología no está presente pero sí existe atrofia de las vellosidades. La prevalencia de la enfermedad celíaca es del 1% aproximadamente en niños de entre 7 y 16 años (26). Más allá de las manifestaciones gastrointestinales los pacientes con ECE también han presentado una comorbilidad elevada de patología neurológica. Así presentan un mayor riesgo de presentar ataxia cerebelar, neuropatías periféricas, epilepsia y dolor de cabeza (27).

Los pacientes con ECE también presentan complicaciones psiquiátricas en un 1/3 de los pacientes (28). Los niños y adolescentes con ECE cuando se comparan con un grupo control sano, presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva. Existen diferencias en los perfiles emocionales y conductuales cuando se tiene en cuenta el sexo. Así entre los niños y adolescentes con ECE que tiene una dieta libre de gluten, los chicos presentan un mayor aislamiento, problemas sociales, alteraciones del pensamiento y problemas de atención y las chicas mayor sintomatología ansiosa y depresiva (29). Antes del diagnóstico existen diferencias entre niños sanos y aquellos con ECE, estos últimos presentan mayor irritabilidad, cansancio y falta de concentración (30). En este mismo estudio, el riesgo-vida en los pacientes con ECE era mayor que en los sanos para la presencia de un trastorno depresivo o trastorno de conducta. Los adolescentes con ECE presentan una ratio triptófano/aminoácidos competitivos menor y unos niveles de prolactina mayores, que los adolescentes sanos. Dichas alteraciones se corrigen tras la introducción de la dieta (31). Estos cambios pudieran explicar parte de la sintomatología psiquiátrica asociada a la ECE.

La dieta es otro de los factores más importantes que influyen en el paciente con ECE. El cumplimiento de la dieta libre de gluten varía entre el 53% y el 81% (32). El cumplimiento de la dieta no solo es importante para la mejoría de los síntomas gastrointestinales sino también para la sintomatología psiquiátrica y el sistema familiar. La ansiedad de aquellos niños con ECE y la de sus padres es significativamente menor que la de los no cumplidores (33). Una vez que comienzan la dieta, existe una mejoría en la sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, otros estudios abalan que la dieta libre de gluten no implica la mejoría de la sintomatología depresiva, pudiéndose deber a la percepción de una disminución en su calidad de vida (34). En un metaanálisis realizado en adultos con ECE se concluye que la sintomatología ansiosa no difiere de los adultos sanos (35). De hecho, la sintomatología depresiva en los niños con ECE influye más en la calidad de vida que el no cumplimiento de la dieta libre de gluten (36).

El tratamiento de la sintomatología depresiva y de los aspectos psicológicos que influyan en el cumplimiento dietético es muy relevante para la mejoría de los niños y adolescentes con ECE y para sus familias.

Dolor Abdominal Recurrente

El DAR se define como la presencia de al menos 3 episodios de dolor abdominal severo que llega a interferir en las actividades de la persona y que se produce durante al menos 3 meses. Se puede asociar con síntomas físicos como la fiebre el dolor de cabeza, la somnolencia o la sensación de aletargamiento (37). Es un trastorno muy común que llega a afectar entre el 8 y el 25% de la población infanto-juvenil y representa entre el 2 y el 4% de las visitas a pediatría (9,38). La mayoría de los niños o adolescentes que reciben dicho diagnóstico cumplen criterios para ser diagnosticados de trastorno de ansiedad o trastorno depresivo (39). En un estudio realizado por Wasserman et al. Observaron que 26 de los 31 pacientes con DAR recibieron un diagnóstico psiquiátrico (40). Lorah et al. en 2003, en un estudio realizado en adolescentes sanos con trastorno de ansiedad y con DAR, vieron que las puntuaciones de ansiedad del grupo con DAR y el grupo con trastorno de ansiedad no diferían entre sí. Además, los pacientes con DAR no eran derivados a salud mental por parte de pediatría pese a tener sintomatología similar a los que presentaban un trastorno de ansiedad (41).

El abordaje del trastorno se realiza desde una aproximación cognitivo-conductual. El tratamiento es integral y adaptado a cada niño, buscando como objetivo enseñar y generar autonomía en el manejo del dolor por parte del niño. Conjuntamente se realizaría un abordaje familiar para reducir el refuerzo del dolor por parte de la familia del niño. Según la teoría de aprendizaje social, la sintomatología captaría la atención de la familia llevándole a repetir las quejas. Desde el punto de vista sistémico, cada crisis del paciente sería una respuesta a las características disfuncionales de confusión, sobreprotección, rigidez y/o falta de resolución de conflictos que se producen en el sistema familiar (42). Sanders et al. desarrolló en 1994 un programa para el tratamiento del RAP que consistía en una intervención familiar de tipo cognitivo-conductual, demostrando que conseguía la eliminación del dolor y la ausencia de sintomatología durante los 12 meses posteriores de terminar el tratamiento (43).

Vómitos Psicógenos

El vómito sin patología orgánica es conocido como vómito psicogénico o vomito funcional (44). Los VP se han relacionado con la existencia de patología psiquiátrica pero no existen suficientes estudios al respecto. En un estudio realizado por Muraoka et al. en 1990, estudiaron un total de 59 pacientes con VP que incluían niños y adultos. No encontraron una relación entre los conflictos emocionales y los VP pero si la presencia de antecedentes gastrointestinales y problemas emocionales. Los autores relacionan la presencia de antecedentes gastrointestinales con la existencia de un refuerzo como en el DAR. Valoraron que existía un beneficio durante tras un episodio. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes, que presentaban los pacientes con VP, fueron el de trastorno de conversión y el trastorno depresivo.

Una variación de esta patología es el síndrome de vómitos cíclicos (SVC). Dicho síndrome se caracteriza por la presencia de episodios de vómitos explosivos alternados con periodos asintomáticos (45). Estos episodios pueden aparecer en la adolescencia y pueden durar hasta la edad adulta. Se han llegado a describir casos familiares (46). Los factores etiológicos relacionados van desde la presencia de alteraciones en el DNA mitocondrial a la existencia de un equivalente migrañoso (47,48). El perfil psicológico de los niños con SVC se caracteriza por una tendencia a la ansiedad.

Se ha especulado sobre el papel de la serotonina en los trastornos gastrointestinales funcionales, incluyendo SVC, aunque no se ha confirmado (49).

El tratamiento psiquiátrico de estos pacientes pasa por el abordaje de la patología comórbida y el abordaje psicoterapéutico de apoyo durante los periodos asintomáticos. El uso de antidepresivos puede ser adecuado para el tratamiento de estos pacientes (50).

CONCLUSIONES

La patología digestiva de carácter crónica acaba afectando a los niños y a las familias de estos. Cuando junto a dicha patología se presenta un trastorno psiquiátrico, los niños y adolescentes tienen una menor calidad de vida y un mayor sufrimiento. Así el abordaje de los niños y adolescentes debe integrar la evaluación y el tratamiento por parte de los servicios de Salud Mental. El tratamiento psiquiátrico y gastroenterológico ha de ser coordinado, debido a que entre los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento farmacológico psiquiátrico se encuentran los de tipo digestivo. Independientemente de si un niño o un adolescente precisa de un tratamiento psicofarmacológico, se va a beneficiar de un tratamiento psicoterapéutico. Realizar una psicoterapia podría mejorar la perspectiva que se tiene de la enfermedad y el manejo de los síntomas. La TCC, la psicoterapia psicodinámica, el manejo del estrés o del dolor han demostrado beneficios a largo plazo. La inclusión en el tratamiento convencional de un abordaje psicoterapéutico y psicofarmacológico conseguiría mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vitulano LA, Lewis M. Psychological aspects of chronic disease. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2003;12(3):xiii-xv.
2. Shonkoff JP, Garner AS, Siegel BS, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e246.
3. APA APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5: ManMag* 2013.
4. Aliño JLL-I, Miyar MV. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: American Psychiatric Pub* 2008.
5. Pareja MÁV. De los trastornos somatomorfos a los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Cuadernos de

- medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014;(110):75-78.
6. Mackner LM, Sisson DP, Crandall WV. Review: Psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of pediatric psychology*. 2004;29(4):243-257.
 7. Bonaz B. Inflammatory bowel diseases: a dysfunction of brain-gut interactions? *Minerva gastroenterologica e dietologica*. 2013;59(3):241-259.
 8. Fishman L, Barendse RM, Hait E, et al. Self-management of older adolescents with inflammatory bowel disease: A pilot study of behavior and knowledge as prelude to transition. *Clinical pediatrics*. 2010.
 9. Hyams JS, Burke G, Davis PM, et al. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *The Journal of pediatrics*. 1996;129(2):220-226.
 10. Vidal A, Gómez-Gil E, Sans M, et al. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: The role of psychopathology and personality. *Inflammatory bowel diseases*. 2008;14(7):977-983.
 11. Filipovic BR, Filipovic BF. Psychiatric comorbidity in the treatment of patients with inflammatory bowel disease. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2014;20(13):3552.
 12. Reed-Knight B, Lobato D, Hagin S, et al. Depressive Symptoms in Youth with Inflammatory Bowel Disease Compared to a Community Sample. *Inflammatory bowel diseases*. 2014;20(4):614.
 13. Srinath AI, Goyal A, Zimmerman LA, et al. Predictors of abdominal pain in depressed pediatric inflammatory bowel disease patients. *Inflammatory bowel diseases*. 2014;20(8):1329.
 14. Filipović BR, Filipović BF, Kerkez M, et al. Depression and anxiety levels in therapy-naive patients with inflammatory bowel disease and cancer of the colon. *World J Gastroenterol*. 2007;13(3):438-443.
 15. Benros ME, Waltoft BL, Nordentoft M, et al. Autoimmune diseases and severe infections as risk factors for mood disorders: a nationwide study. *JAMA psychiatry*. 2013;70(8):812-820.
 16. Rao SS, Hatfield RA, Suls JM, et al. Psychological and physical stress induce differential effects on human colonic motility. *The American journal of gastroenterology*. 1998;93(6):985-990.
 17. Jones MP, Wessinger S, Crowell MD. Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2006;4(4):474-481.
 18. Moreno-Jiménez B, Blanco BL, Rodríguez-Muñoz A, et al. The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of psychosomatic research*. 2007;62(1):39-46.
 19. Ondersma SJ, Lumley MA, Corlis ME, et al. Adolescents with Inflammatory Bowel Disease: The Roles of Negative Affectivity and Hostility in Subjective Versus Objective Health. *Journal of pediatric psychology*. 1997;22(5):723-738.
 20. Castaneda AE, Tuulio-Henriksson A, Aronen ET, et al. Cognitive functioning and depressive symptoms in adolescents with inflammatory bowel disease. *World journal of gastroenterology: WJG*. 2013;19(10):1611.
 21. Attree EA, Dancey CP, Keeling D, et al. Cognitive function in people with chronic illness: inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Applied neuropsychology*. 2003;10(2):96-104.
 22. von Wietersheim J, Kessler H. Psychotherapy with chronic inflammatory bowel disease patients: a review. *Inflammatory bowel diseases*. 2006;12(12):1175-1184.
 23. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomedical Papers*. 2010;154(4):307-314.
 24. Szigethy E, Carpenter J, Baum E, et al. Case study: longitudinal treatment of adolescents with depression and inflammatory bowel disease. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(4):396-400.
 25. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Moulding NT, et al. Antidepressants and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2006;2(1):24.
 26. Mäki M, Mustalahti K, Kokkonen J, et al. Prevalence of celiac disease among children in Finland. *New England Journal of Medicine*.

- 2003;348(25):2517-2524.
27. Bushara KO. Neurologic presentation of celiac disease. *Gastroenterology*. 2005;128(4):S92-S97.
28. Hallert C, Åström J. Psychic disturbances in adult coeliac disease: II. Psychological findings. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1982;17(1):21-24.
29. Mazzone L, Reale L, Spina M, et al. Compliant gluten-free children with celiac disease: an evaluation of psychological distress. *BMC pediatrics*. 2011;11(1):46.
30. Pynnönen PA, Isometsä ET, Aronen ET, et al. Mental disorders in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics*. 2004;45(4):325-335.
31. Pynnönen PA, Isometsä ET, Verkasalo MA, et al. Gluten-free diet may alleviate depressive and behavioural symptoms in adolescents with coeliac disease: a prospective follow-up case-series study. *BMC psychiatry*. 2005;5(1):14.
32. Roma E, Roubani A, Kolia E, et al. Dietary compliance and life style of children with coeliac disease. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2010;23(2):176-182.
33. Esenyel S, Unal F, Vural P. Depression and anxiety in child and adolescents with follow-up celiac disease and in their families. *The Turkish journal of gastroenterology: the official journal of Turkish Society of Gastroenterology*. 2014;25(4):381-385.
34. Addolorato G. Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: a longitudinal study. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 2001;36(5):502-506.
35. Smith DF, Gerdes LU. Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(3):189-193.
36. Sainsbury K, Mullan B, Sharpe L. Reduced quality of life in coeliac disease is more strongly associated with depression than gastrointestinal symptoms. *J Psychosom Res*. 2013;75(2):135-141.
37. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. *Archives of Disease in Childhood*. 1958;33(168):165.
38. Starfield B, Katz H, Gabriel A, et al. Morbidity in childhood--a longitudinal view. *The New England journal of medicine*. 1984;310(13):824-829.
39. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: psychiatric diagnoses and parental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1990;29(4):648-656.
40. Wasserman AL, Whittington PF, Rivara FP. Psychogenic basis for abdominal pain in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988;27(2):179-184.
41. Dorn LD, Campo JC, Thato S, et al. Psychological comorbidity and stress reactivity in children and adolescents with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2003;42(1):66-75.
42. Husain K, Browne T, Chalder T. A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007;12(1):2-7.
43. Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, et al. The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioral family intervention and standard pediatric care. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1994;62(2):306.
44. Leibovich M. Psychogenic vomiting. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1973;22(2-6):263-268.
45. Li BU, Balint JP. Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Advances in pediatrics*. 2000;47:117-160.
46. Haan J, Kors EE, Ferrari MD. Familial cyclic vomiting syndrome. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2002;22(7):552-554.
47. Dignan F, Abu-Arafeh I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. *Archives of disease in childhood*. 2001;84(5):415-418.
48. Boles RG, Adams K, Li B. Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2005;133(1):71-77.
49. Fairbrother S, Forbes D. Cyclic nausea and vomiting in childhood. *Australian family physician*. 2008;37(1-2):33.
50. Haggerty JJ, Golden RN. Psychogenic vomiting associated with depression. *Psychosomatics*. 1982;23(1):91-95.

Julia Martín Carballada (a), Jose Carlos Peláez Álvarez (b), María Jesús De Castro Oller (a), Francisco Montañés Rada (b,c)

- a. Centro de Salud Mental de Alcorcón. Psiquiatría Infanto-Juvenil.
b. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Psiquiatría Infanto-Juvenil.
c. Jefe del Servicio de Psiquiatría del HUFA. Profesor asociado Universidad Rey Juan Carlos I. Alcorcón.

Correspondencia:

Centro de Salud Mental (C.S.M.) de Alcorcón (Avda. Lisboa S/N, 28925 Alcorcón -Madrid)
jmartinca@fhalcorcon.es / julia.martin@salud.madrid.org

Psiquiatría psicosomática del niño y adolescente con enfermedades crónicas: enfermedades renales

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a3>

Children and Adolescent Psychomatic Psychiatry: Kidney Diseases

RESUMEN

Las enfermedades crónicas infantiles tienen una gran influencia no sólo en lo físico, sino también en el desarrollo psicológico de los niños y adolescentes. Las enfermedades renales son frecuentes en este grupo de edad, presentan fundamentalmente síntomas ansiosos y depresivos, baja autoestima, además de los efectos secundarios de la inmunosupresión. Debido a que son patologías de características crónicas, con gran impacto de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el alto riesgo de hospitalizaciones para recibir el tratamiento idóneo, conllevan una alteración del funcionamiento (social, familiar, escolar) habitual de los niños y adolescentes. Por lo que es importante, un abordaje multidisciplinar en estos casos, debido a la influencia de los factores psicológicos para minimizar el impacto de la patología, mejorar el curso y la adherencia terapéutica en este tipo de enfermedades de características crónicas.

Palabras Clave: Enfermedad renal, niños, adolescentes, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Chronic childhood diseases have a major influence not only physically, but also in the psychological

development of children and adolescents. Kidney disease is common in this age group basically have anxious and depressive symptoms, low self-esteem, in addition to the side effects of immunosuppression. Because features are chronic diseases with great impact of diagnostic and therapeutic procedures and the high risk of hospitalization to receive the best treatment, involve an alteration of the normal functioning of children and adolescents (social, family, school). So it is important a multidisciplinary approach in these cases, because the influence of psychological factors to minimize the impact of the disease, improve the course and adherence in such chronic diseases features.

Keywords: Kidney disease, children, adolescents, anxiety, depression

INTRODUCCIÓN

Los riñones juegan un rol importante en el cuerpo: actuando como los filtros del cuerpo, ayudan a controlar los niveles de agua y a eliminar impurezas a través de la orina. También ayudan a regular la tensión arterial, la producción de glóbulos rojos (eritropoyetina) y los niveles de calcio y minerales y en el mantenimiento de la presión arterial (renina).

Pero algunas veces los riñones no se desarrollan adecuadamente y como resultado no funcionan de la forma en que deberían. Generalmente estos problemas son de origen genético.

Las enfermedades renales son frecuentes en niños. Como hemos mencionado el riñón es un órgano importante para el funcionamiento del organismo y el problema o mal funcionamiento puede desencadenar situaciones de insuficiencia renal que requieran diálisis y trasplante renal.

El padecimiento de alguna enfermedad renal supone una gran inversión de tiempo (consultas de Nefrología, analíticas, pruebas diagnósticas y terapéuticas), con la consiguiente pérdida del ritmo diario del menor (clases, actividades sociales,...). Muchas de estas patologías son situaciones crónicas, que conllevan pérdida de la calidad de vida, desesperanza, dependencia y rechazo del tratamiento (debido al curso y progresión de la enfermedad).

Las enfermedades renales crónicas generan una pérdida de funcionalidad en pacientes en desarrollo psicoemocional, que genera con frecuencia síntomas psicopatológicos que tienen implicaciones en el curso de la enfermedad somática y en la adherencia y cumplimiento del tratamiento, además de las implicaciones a nivel escolar, social y familiar.

A lo largo del texto, vamos a desarrollar las principales enfermedades renales en niños y nos centraremos en la enfermedad renal crónica, ya que los trastornos psiquiátricos de estos pacientes se pueden desarrollar como una respuesta a estar enfermo o en el hospital (entorno amenazante), como resultado del factor genético y psicosocial que puede ser secundario a trastornos metabólicos relacionados con la enfermedad médica específica.

DESARROLLO

Infecciones del tracto urinario (ITU)

La infección del tracto urinario es una de las infecciones bacterianas (colonización por *E. Coli* en la vía urinaria en el 75% de los casos) más frecuentes en Pediatría, ya que el 8-10% de las niñas y el 2-3% de los niños tendrán una ITU sintomática antes de los 7 años de edad (3 primeros meses de vida más frecuente en varones, más afectados por problemas de riñones congénitos), con alta probabilidad de recurrencias (> 30%), especialmente

durante el primer año tras el episodio inicial. En cuanto a prevalencia por raza: mayor prevalencia en asiáticos, seguido de hispanos y por último, afroamericanos.

La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los niños y causan dolor en la micción y fiebre. La mayoría de las ITUs limitan su afectación al tracto urinario inferior, vejiga y uretra, habitualmente no comprometen al riñón. La afectación renal puede curar sin secuelas, o por el contrario, cursar con cicatriz atrófica residual (pielonefritis crónica) en el 20% de los casos, en una menor proporción y según el grado de afectación: hipertensión arterial, progenitura y progresión del daño renal. La prevalencia de reflujo vesicoureteral (RVU) tras ITU oscila entre el 18-38%, que puede dar lugar a una nefropatía por reflujo que es la causa de aproximadamente el 15-20% de las insuficiencias renales terminales.

La patogenia de la ITU es compleja y existen múltiples factores (bacterianos, inmunitarios, anatómicos, urodinámicos, genéticos, etc.) que pueden influir en la localización, curso y pronóstico de la misma, si bien el vaciamiento vesical frecuente y completo constituye el principal mecanismo de defensa frente a la ITU.

Se consideran factores de riesgo para presentar ITU las anomalías del tracto urinario que favorecen el enlentecimiento del flujo urinario, incluyendo el RVU dilatado, la fimosis en lactantes varones, la disfunción del tracto urinario inferior y el estreñimiento, además de la instrumentación de la vía urinaria, la vejiga neurógena y la nefrourolitiasis. Por otro lado, en algunos trabajos se evidencia el factor protector de la lactancia materna prolongada durante más de seis meses.

El tratamiento con antibióticos (según antibiograma) debe realizarse de manera precoz para disminuir la gravedad de las cicatrices renales.

Dilataciones del tracto urinario

Ectasias e hidronefrosis. La hidronefrosis se define como una dilatación del sistema colector renal debida a una dificultad para la eliminación de orina, causada por la existencia de un obstáculo en algún punto del sistema urinario, que puede ser de tipo mecánico o funcional y que cursa con el aumento del tamaño de uno o ambos riñones. Se acompaña de una atrofia progresiva del parénquima renal. Puede ser congénita (más frecuente) o adquirida, aguda o crónica, unilateral o bilateral. Su manejo puede ser desde tratamiento conservador hasta la cirugía.

Uropatía obstructiva

Es la enfermedad renal generada por la alteración en el flujo de la orina debida a cambios anatómicos y/o funcionales del tracto urinario que impiden el flujo renal de la misma. Es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica en la edad pediátrica, por lo que es un fundamental realizar un diagnóstico precoz mediante una ecografía.

Las causas más frecuentes de la obstrucción son:

- Estenosis pieloureteral: causa más frecuente de hidronefrosis obstructiva en el RN (recién nacido). Es el estrechamiento entre la unión entre la pelvis renal y el uréter o más raramente puede ser secundaria a una estenosis extrínseca producida por un vaso renal anómalo que irriga el polo inferior renal. El tratamiento de elección es la cirugía (amputación de la unión pieloureteral estrecha, reducción de la megapelvis y reconstrucción de la unión).
- Megauréter obstructivo (estenosis vesicoureteral): estenosis de la unión ureterovesical, que provoca dilatación progresiva del uréter, hidronefrosis y empeoramiento de la función renal. El tratamiento es la cirugía.
- Válvulas de la uretra posterior: Patología congénita, exclusiva del varón, que se caracteriza por la presencia de unos repliegues mucosos, de carácter obstructivo, en la uretra posterior. Es poco frecuente (1:5000-8000 nacidos), aunque es la causa más común de obstrucción del tramo común inferior en los niños. Su repercusión es variable y oscila desde ligeras alteraciones miccionales hasta una severa obstrucción con graves alteraciones morfofuncionales vesicales, ureterales y renales. La presentación clínica depende del grado de obstrucción y del momento del diagnóstico. Si se diagnostica en el RN, el cuadro suele ser: vejiga distendida, hidronefrosis, insuficiencia renal, deshidratación, distrés respiratorio, si hay hipoplasia pulmonar. Si se diagnostica entre 1 y 4 años, la clínica suele ser más leve y con menor repercusión clínica (infecciones urinarias o problemas del vaciado). En la edad escolar, los síntomas son casi siempre, de vaciado. El tratamiento es quirúrgico.

Anomalías Renales

Las anomalías renales de número, posición, forma y orientación (agenesia renal, riñones ectópicos, riñones “en herradura” o malrotados) tienen una presentación y trascendencia variable. Generalmente son asintomáticos, y se encuentran durante programas de despistaje renal. Otras veces se manifiestan a través de diversas complicaciones fundamentalmente infecciones del tracto urinario (ITU) y se descubren durante el estudio subsiguiente.

Enfermedades quísticas renales

El riñón es uno de los órganos más propensos a la formación de quistes.

- Enfermedad Poliquística del Riñón: Es una enfermedad genética progresiva de los riñones. Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes en ambos riñones, que pueden disminuir la función del riñón y llevar a la insuficiencia renal. Los síntomas más frecuentes son: hipertensión arterial, fatiga, dolor abdominal, infecciones de orina, hematuria, dolor en un costado o ambos. El objetivo inicial del tratamiento es el control de la tensión arterial. Según la evolución de la enfermedad, otros tratamientos son: vaciamiento quirúrgico de los quistes, extirpación quirúrgica de uno o ambos riñones, diálisis o trasplante renal.
- Riñón multiquístico (displasia renal multiquística): Es un trastorno no-genético severo en los riñones caracterizado por la aparición de múltiples quistes de diversos tamaños e irregulares que resulta de malformaciones durante el desarrollo fetal del riñón. Se estima que ocurre en 1:4300 nacidos vivos. Es 2,5 veces más frecuente en varones, típicamente es unilateral y del lado izquierdo. La función renal se mantiene gracias al riñón funcional (sin quistes) y los individuos realizan vida normalizada, con lo que no precisan tratamiento.

Síndrome nefrótico

Es la glomerulopatía primaria (lesión del glomérulo renal) más frecuente en Pediatría, que consiste fundamentalmente en la alteración de la permeabilidad de la pared capilar glomerular y se caracteriza por

proteinuria, hipoalbuminemia, edema, dislipemia y alteraciones endocrinas. El síndrome nefrótico (SN) idiopático constituye el 90% de los SN en niños entre 2 y 12 años. Se manifiesta preferentemente entre los 2-8 años, con máxima incidencia 3-5 años. En niños, es 2 veces más frecuente en varones, diferencia que no existe en adolescentes y adultos. El SN idiopático es una entidad homogénea desde el punto de vista clínico. Sin embargo, la evolución y la respuesta al tratamiento abarca un amplio espectro de posibilidades, de modo que los pacientes pueden mostrar grandes diferencias en cuanto al pronóstico, el tratamiento y el riesgo de enfermedad renal crónica. El tratamiento específico es la corticoterapia.

Tubulopatías

Son un grupo heterogéneo de entidades definidas por anomalías de la función tubular renal. Se distinguen tubulopatías primarias o hereditarias de las secundarias a tóxicos, fármacos u otras enfermedades. Pueden ser simples o complejas según se afecte el transporte tubular de una o varias sustancias. Suelen cursar con astenia, malestar, irritabilidad, síntomas digestivos, deshidratación, poliuria, retraso en el crecimiento, infección urinaria, alteraciones electrolíticas, tetania, raquitismo o nefrocalcinosis, alteraciones oculares o hipoacusia. Generalmente son tratadas con diuréticos.

Glomerulonefritis

Inflamación o infección que afecta la estructura y la función de los glomérulos (partes de las nefronas que contienen pequeños vasos sanguíneos), aunque también pueden resultar afectadas las demás estructuras de la nefrona. Se trata de una enfermedad renal que puede tener varias causas y presentaciones clínicas y puede afectar a la habilidad de los riñones de filtrar adecuadamente los desechos del cuerpo. Puede presentarse con hematuria, proteinuria, reducción en la producción de la orina. El tratamiento varía según la patogenia, mientras que los casos más graves (que desarrollan insuficiencia renal) requieren diálisis o trasplante renal.

Tumor de wilms

Nefroblastoma. Es una neoplasia maligna del riñón y el 2º tipo más frecuente de cáncer abdominal en niños, después del neuroblastoma de glándula suprarrenal. Generalmente es diagnosticado durante los 2 primeros

años de vida y puede tratarse con cirugía y quimioterapia.

Hipertensión arterial

Los riñones participan en los mecanismos reguladores de la presión arterial (renina) y en el mantenimiento del volumen sanguíneo. La hipertensión arterial (HTA) en la edad pediátrica es una entidad frecuentemente infradiagnosticada. La HTA esencial (genética) es excepcional en lactantes y niños pequeños, su prevalencia está aumentando en niños mayores y adolescentes, en relación alarmante prevalencia de obesidad y síndrome metabólico. Otras causas que pueden generar HTA son las siguientes (ya mencionadas anteriormente): glomerulonefritis, obstrucción de la vía urinaria...

Enfermedad renal crónica (ERC)

También llamada Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina por el filtrado glomerular (disminución progresiva). Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre. En estadio terminal la enfermedad renal requiere tratamientos como la diálisis o el trasplante renal.

Existen pocos datos sobre la incidencia de ERC en la edad pediátrica, ya que en muchos casos los estadios iniciales no se diagnostican. La ERC es más frecuente en varones, en cuanto a la raza, en Norteamérica la incidencia es de 2 a 3 veces mayor en niños de raza afroamericana.

Las anomalías estructurales son la causa de más de la mitad de los casos de ERC en la infancia (57%), seguida de las enfermedades renales quísticas y hereditarias (16%), las enfermedades vasculares (9,4%), las glomerulopatías primarias o secundarias (5,1%). Por lo tanto, las causas más frecuente son las malformaciones congénitas, grupo heterogéneo que incluye: uropatías obstructivas, nefropatía por reflujo, displasia-hipoplasia renal, más frecuentes cuanto menor es el paciente. Actualmente, gracias a los controles ecográficos prenatales, la mayoría de estos niños son diagnosticados desde RN.

La tasa de progresión de la enfermedad renal crónica suele ser mayor durante los periodos de la infancia y la pubertad, con lo que hay que ejercer mayor control durante estos 2 periodos.

La supervivencia a largo plazo en niños con enfermedad

renal terminal (ERT) ha mejorado en los últimos 25 años, pero la mortalidad es todavía aproximadamente 30 veces más alta que la esperada para la edad.

En nuestro país la incidencia de ERC es desconocida, tan solo hay datos de pacientes que llegan a ERT (diálisis y/o trasplante), en el Registro Pediátrico de Insuficiencia Renal Terminal (REPIR).

Las manifestaciones clínicas de la ERC son el resultado de la combinación de:

fallo en el balance de fluidos y electrolitos.

acumulación de metabolitos tóxicos.

perdida de síntesis de hormonas: eritropoyetina, 1,25 dihidroxi-vitamina D3.

alteración de la respuesta del órgano diana a hormonas endógenas: hormona del crecimiento.

Otros factores asociados con el aumento de la progresión de la ERC incluyen la enfermedad primaria, HTA, proteinuria, anemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia. Algunos de estos factores de riesgo pueden ser modificables y las intervenciones terapéuticas puede reducir o ralentizar el deterioro de la función renal.

El trasplante renal es el tratamiento de elección para niños con enfermedad renal en fase terminal, debido a que la tasa de supervivencia es más alta en comparación con la diálisis. Se asocia además con un mejor crecimiento y desarrollo.

La ERC es por tanto una patología multisistémica, que requiere un abordaje complejo y también multidisciplinario para ser capaces de cuidar al paciente en todos sus aspectos, actuando tanto en los aspectos preventivos de la progresión enfermedad renal como en la repercusión en otros órganos, mejorando la calidad de vida y reduciendo la morbimortalidad.

Enfermedad renal crónica en interconsulta psiquiátrica

El diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica es difícil porque en las primeras etapas no suele causar síntomas evidentes. Cuando los síntomas aparecen, suelen ser inespecíficos (otras enfermedades también los producen) y no indican necesariamente que haya un problema en los riñones. Algunos de estos síntomas son: problemas para concentrarse, dificultad para dormir, cansancio, malestar general y falta de apetito. Por lo general estos niños no tienen dolor, a menos que tengan una infección en los riñones o en otro órgano.

En la infancia, la enfermedad física crónica genera un

mayor riesgo de trastornos emocionales y conductuales, aunque la mayoría de los niños y sus familias realizan un proceso normal de adaptación al diagnóstico de la enfermedad. Los niños y sus familias muestran un alto grado de resiliencia en cuanto a la adaptación a la patología física se refiere.

La mayoría no presentan síntomas emocionales o conductuales, ni dificultades escolares, pero estos niños con patología física crónica presentan mayor riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica que la población general.

La “gravedad” de la patología crónica que padecen, no juega un papel principal en cuanto a la adaptación y vulnerabilidad a padecer una patología psiquiátrica, sino que es el “tipo” de enfermedad física lo que determina esta predisposición.

La ERC tiene invariablemente un impacto estresante y, a menudo de por vida en los niños y sus familias, lo que predispone a estos niños a desarrollar trastornos psiquiátricos, a esto hay que añadir los avances médicos (especialmente en diálisis y trasplantes renales) que ha provocado un mayor riesgo a desarrollar una patología psiquiátrica comórbida.

Los niños con ERC a menudo presentan un retraso en el crecimiento y deformidades óseas como resultado de la osteodistrofia, además de las consecuencias del tratamiento de la hemodiálisis: cicatrices, marcas de las punciones, fístulas o derivaciones arteriovenosas, problemas normalmente exacerbados por el retraso en la aparición de características sexuales secundarias que acompañan a la uremia. Estos cambios negativos en su imagen corporal provocan aislamiento social de los menores de su grupo de iguales.

Los síntomas psiquiátricos no sólo se presentan de forma comórbida, sino que pueden aparecer como manifestación directa de la enfermedad física, como en el caso de la uremia que está asociada a síntomas de irritabilidad, inquietud, distracción y disminución de la atención y concentración. Estos síntomas aumentan la vulnerabilidad a la inadaptación psicosocial. Otra posible explicación son los efectos secundarios y la exposición crónica a las medicaciones utilizadas en estos menores.

Los resultados de estos estudios son variables debido a la heterogeneidad de la cohorte de los pacientes estudiados, así como la herramienta utilizada de la evaluación psiquiátrica. Fukunishi y Kudo informó de que 17 de los 26 (65,4%) niños japoneses con enfermedad

renal terminal en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) mostraron trastornos psiquiátricos, presentaban trastornos de ansiedad de separación.

El estudio de Asharaf Bakr et al., la tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos en todos los pacientes estudiados fue de 52,6%, mostró que tanto los trastornos adaptativos como los trastornos depresivos fueron los trastornos psiquiátricos más comunes, especialmente en pacientes con enfermedad renal terminal (trastornos adaptativos 18,4%, trastorno depresivo 10,3%, trastorno neurocognitivo 7,7%, trastorno de ansiedad 5,1% y trastornos de eliminación 2,6%). La evaluación psiquiátrica de 26 niños británicos con Enfermedad Renal Terminal tratados por hemodiálisis en el hogar reveló una morbilidad psiquiátrica en un 19,2% de los niños estudiados.

Muchos estudios demuestran que los adolescentes afectados con ERC experimentan ansiedad y depresión. Las consecuencias más importantes incluyen el aislamiento social, las diferencias en la imagen corporal, estilo de vida limitado (menor funcionalidad), así como las relaciones personales modificadas tanto con familiares como con amigos.

Existen pocos estudios publicados sobre la salud general de niños y adolescentes y funcionalidad y calidad de vida en niños con ERC. En el estudio de Arredondo et al. los cambios en la calidad de vida de pacientes con ERC Terminal con respecto a las alternativas de tratamiento son estadísticamente significativos. El Trasplante Renal (TR) ofrece la mayor calidad de vida en cuanto a incapacidad y tensión (QALY = 0,978, $\alpha = 0,002$). Esto es, el TR reporta mejor calidad de vida en comparación con los otros tratamientos en relación a: (1) mejor movilidad general, ya sea en dentro o fuera de la casa-habitación del paciente o sin necesitar la ayuda de alguien para desplazarse de un lugar a otro; (2) el estado de salud del paciente afecta en menor grado su vida social; (3) su estado de salud los llevó a experimentar en menor grado sentimientos como: tristeza, depresión, ansiedad, preocupación, dolor, angustia, enojo, resentimiento, soledad, etc; y (4) los pacientes reportan que su estado de salud los mantiene menos tensos que antes del tratamiento. Sin embargo, los niños en tratamiento con hemodiálisis experimentan mayor estrés físico, toman más fármacos y tienen mayor dependencia (mayor atención por parte del personal sanitario y familiares), este mayor grado de dependencia disminuye su capacidad de funcionamiento diario y les

hace ser más conscientes de la gravedad de su situación. Es importante evaluar la funcionalidad diaria así como su calidad de vida incluyendo 4 dominios importantes: estado de la enfermedad y síntomas físicos, funcionalidad diaria, estado psicológico y funcionamiento social. La disminución en la función renal genera un empeoramiento en la calidad de vida en términos de salud, un ejemplo de ellos es el aumento de estatura genera un cambio positivo tanto en las puntuaciones físicas como psicológicas.

Existen factores que afectan tanto al niño como a los familiares a la adaptación a la patología física:

- Estilos de afrontamiento: Estrategias centradas en el problema (alterar el estresor), estrategias centradas en la emoción (buscan regular las respuestas emocionales al estresor). Las habilidades de afrontamiento aumentan con la edad y éstas son técnicas más adaptativas para los niños con enfermedades crónicas.
- Factores de desarrollo: dependen de la edad y etapa de desarrollo en la que se encuentren los individuos. Afectan a recursos de afrontamiento, habilidades de procesamiento de la información, razonamiento sobre la causalidad de la enfermedad y responsabilidad en su propio cuidado (autonomía) y adherencia terapéutica. Los niños preescolares presenta respuestas emocionales más exageradas (rabietas, crisis de llanto,...), los niños en edad escolar, presentan más impulsividad y síntomas de ansiedad y los adolescentes, más síntomas depresivos (varios duelos: sobre su integridad corporal y sexualidad debido a los cambios físicos, pérdida del deseo autonomía e independencia y a su diferenciación como adolescente).
- Historia de la enfermedad y experiencias previas: si las experiencias anteriores tanto respecto a la enfermedad como a los tratamientos y síntomas físicos, han sido negativas, presentan más síntomas de ansiedad y pensamientos de desesperanza.
- Temperamento: las dificultades en este aspecto generan más desajuste emocional y conductual.
- Factores familiares y parentales: la psicopatología de los padres (trastornos de ansiedad y depresión) juega un importante papel en las conductas adaptativas de los niños a su enfermedad (sistema de apoyo del menor). Las angustias de los padres merma su capacidad de contención emocional.

Tratamientos en la patología renal crónica

La adherencia terapéutica es uno de los factores principales que afectan al curso y pronóstico de la enfermedad crónica. El tratamiento prolongado con hemodiálisis supone un grave impacto en la funcionalidad diaria del niño. En los últimos años, ha habido avances en la terapia de la ERC en estadio terminal y uno de ellos es la diálisis peritoneal, ya que facilitan la adaptación escolar del menor (puede continuar yendo al colegio, jugar, relacionarse, menos visitas al hospital), menor estrés, mayor autonomía,... sin embargo, en el caso de madres más sobreprotectoras (mayor dependencia materna), genera más síntomas de ansiedad por separación, que podría asociarse a peor maladaptación escolar de los niños. Lo que indica que hay una necesidad de psicoterapia de apoyo tanto de las madres como de los niños en tratamiento con diálisis peritoneal.

En niños con ERC, y que además presentan una enfermedad psiquiátrica comórbida (como un cuadro depresivo), existe un mayor riesgo de escasa adherencia terapéutica, más hospitalizaciones, y más riesgo de complicaciones. Spirito y Kazak han perfilado técnicas terapéuticas específicas incluyendo normalización de conductas “rebeldes”, mayor comunicación familiar así como implementación de estrategias familiares de resolución de problemas como medio para promover la adhesión terapéutica.

El incumplimiento terapéutico se ha descrito en adolescentes con trasplante renal hasta en un 64%, siendo la causa de la pérdida del injerto entre el 12 y el 34%. Se han realizado múltiples esfuerzos para averiguar qué factores de riesgo conducen a los adolescentes al incumplimiento terapéutico: las alteraciones psíquicas (depresión y ansiedad), falta de apoyo familiar, baja autoestima antes de la adolescencia, efectos secundarios de la inmunosupresión (particularmente efectos estéticos y la complejidad del régimen terapéutico), se encuentran reiteradamente en los estudios realizados como factores de riesgo para el incumplimiento.

Es necesario conocer las condiciones propias de esta edad y valorarlas e incorporarlas al proceso terapéutico.

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con ERC terminal tratados con hemodiálisis: efectos adversos y tasas de morbimortalidad más elevadas.

Es importante, psicoeducación en pacientes y familiares sobre la ERC y la depresión y la importancia

en etapas precoces, ya que cuando la depresión coexiste con otra patología médica, es más intensa y grave y con mayor resistencia al tratamiento. Además de un abordaje psicoterapéutico de apoyo.

La depresión no tratada eleva el potencial para presentar conductas más desadaptativas, como regresión, mala adherencia terapéutica, hostilidad, irritabilidad y desesperanza prematura.

En caso de tratamiento psicofarmacológico, es necesario que se lleve a cabo un ajuste de la medicación de forma individualizada: dosis iniciales de los fármacos deben reducirse y prolongar los intervalos entre las tomas de medicación (debido a la unión a proteínas).

CONCLUSIONES

Las enfermedades renales crónicas presentan una gran repercusión a nivel emocional en el paciente y en su familia.

Es importante la necesidad de un trabajo interdisciplinario en estos pacientes con ERC y trastorno depresivo comórbido para: minimizar el impacto en la percepción subjetiva de uno mismo (como los sentimientos de minusvalía, desesperanza y frustración), mejorar la adherencia al tratamiento y motivación para cumplir las prescripciones nefrológicas, mejorar las dificultades en las relaciones interpersonales y afectivas (estos pacientes presentan afectación en la funcionalidad diaria y calidad de vida, teniendo que renunciar a múltiples actividades tanto educativas como sociales y de ocio, lo que influye en su proceso de socialización y desarrollo madurativo) y mejorar el autocuidado.

Por todo esto, cabe destacar que un buen abordaje psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, tanto con el paciente afecto de ERC, como a nivel familiar, de manera coordinada con los Equipos de Nefrología, ayudaría a obtener una mejor calidad de vida y menor sufrimiento para estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Junta Directiva Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP). “Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Nefrología Pediátrica”. 3ª Edición. 2014.
2. Alarcón Prada, A. La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 33, nº. 3, Julio/Septiembre 2004; pp. 298-320.
3. Piedrahita Echeverry, V.M.; Prada Maeza,

- M.C.; Vanegas Ruíz, J.J.; Velez Echeverría, C.; Serha Higuaita, L.M.; Serrano Gayubo, A.K.; Florez, J.A., Cornejo Ochoa, J.W.; Martinez Salas, J. Causas de enfermedad renal crónica en niños atendidos en el Servicio de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, Colombia, entre 1960 y 2010. *Revista Iatreia.*, vol. 24, núm. 4, octubre-diciembre 2011, pp. 347-352.
4. Bakr, A.; Amr, M.; Sarhan, A.; Hammad, A.; Ragab, M.; El-Refaey, A.; El-Mougy, A. Psychiatric disorders in children with chronic renal failure. *Pediatr. Nephrol.* (2007) 22: 128-131.
 5. Kogon AJ, Vander Stoep A, Weiss NS, Smith J, Flynn JT, Mc Cauley E. Depresión and its asociate factors in pediatric chronic kidney disease. *Pediatra Nephrol.* 2013 Sep, 28 (9): 1855-61.
 6. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Anxiety in Children and Adolescents with Chronic Kidney Disease-Multicenter National Study Results. *Kidney Blood Press Res.* 2013; 37: 579-587.
 7. Palmer, S.; Vecchio, M.; Craig, J.C.; Tonelli, M., Johnson, D.W., Nicolucci, A., Pellegrini, F.; Saglimbene, V.; Logroscino, G., Fishbane, S.; Strippoli, G.F.M. Prevalence of depresión in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Kidney International* (2013), 84, 179-191.
 8. Keskin, G.; Bilge, A. The evaluation of depresión, social anxiety, alexithymia on children and adolescent with chronic renal failure. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10: 318-324.
 9. Fukunishi, Kudo, H. Psychiatric problems of Pediatric End-Stage renal failure. *General Hospital Psychiatry* 1995; 17, 32-36.
 10. Czyzewski L, Sanko-Resmer J, Wyzgal J, Kurowski A. Assesment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Ann Transplant* 2014 Nov 9; 19:576-85.
 11. Fukunishi I, Honda M, Kamiyama Y, Ito H. Influence of motores on school adjustment of continuous ambulatory peritoneal dialysis children. *Peritoneal Dialysis International*, 1993; Vol. 13, pp. 232-235.
 12. Al Uzri A, Mathewson M, Gipson DS, Mendley SR, Hooper SR, Yadin O, Rozansky DJ; Moxey-Mims M, Furth SL, Warady BA, Gerson AC. The impact of short stature on health-related quality of life in children with chronic kidney disease. *J. Pediatr.* 2013 Sept; 163 (3): 736-41.
 13. Markart AJ, AUSSERHOFER D, Mantovan F. Psychological experiences and coping strategies of children and adolescents with chronic kidney disease on renal replacement therapy. *Kinderkrankenschwester.* 2014, Mar, 33 (3): 94-7.
 14. Mishra K, Ramachandran S, Firdaus S, Rath B. The impact of pediatric nephrotic syndrome on parents' health-related quality of life and family functioning: an assessment made by the Peds QL 4.0 family impact module. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2015 Marc; 26(2): 285-92.
 15. Wadd KM, Bennett PN, Grant J. Mothers requiring dialysis: parenting and end-stage kidney disease. *J. Ren Care.* 2014 Jun; 40 (2): 140-6.
 16. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Disease-related social situation in family of children with chronic kidney disease-parents assessment. A multicentre study. *Ann Agric Environ Med.* 2014; 21 (4): 876:81.
 17. Kilis-Pstrusinka, K.; Medynska, A.; Adamczak, P.; Balasz-Chmielewska, I.; Grenda, R.; Kluska-Jozwiak, A.; Leszczynska, B.; Olszak-Szot, I.; Miklaszewska, M.; Szczepanska, M.; Tkaczyk, M., Wasilewska, A.; Zachwieja, K.; Zajaczkowska, M.; Ziolkowska, H.; Zagozdzon, I.; Zwoliska, D. Psychosocial aspects of children and familiaes of children treated with automated peritoneal dialysis. *Pepita Nephrol.* 2013 Nov, 28 (11): 2157-67.
 18. Lopez-Larrosa S. Quality of life, treatment adherence, and locus of control: múltiple family groups for chronic medical illnesses. *Fam Process.*

- 2013 Dec, 52 (4): 685-96.
19. Mitra S, Banerjee S. The impact of pediatric nephrotic syndrome on families. *Pediatra Nephrol.* 2011 Aug; 26 (8): 1235-40.
 20. Fenton N, Ferris M, Ko Z, Javalkar K, Hooper SR. The relationship of health care transition readiness to disease-related characteristics, psychosocial factors and health care outcomes: preliminar findings in adolescents with chronic kidney disease. *J. Pediatr. Rehabil. Med.* 2015; 8 (1): 13-22.
 21. Tjaden IA, Vogelzang J, Jager KJ, Van Stralen kJ, Maurice-Stam H, Grootenhuiss MA, Groothoff JW. Long-term quality of life and social outcome of childhood end-stage renal disease. *J. Pediatra.* 2014 Aug; 165 (2): 336:342.
 22. Abreu IS, Kourroski MF, Dos Santos dm, Bullinger M, Nacimiento LC, De Lima RA, Dos Santos CB. Children and adolescents on hemodialysis: atributes associated with quality of life. *Re Esc Ender USP.* 2014 Aug; 48 (4): 601-9.
 23. Mekahli D, Ledermann S, Gullett A, Rees L. Evaluation of quality of life buy young adult survivors of severe chronic kidney disease in infancy. *Pediatra Nephrol.* 2014 Aug; 29 (8): 1387-93.
 24. Simoni, J.M., Asarnow, J.R.; Mundford, P.R.; Koprowski, C.M.; Belin, T.R.; Salusky, I.B. Psychological distress and treatment adherente among children on dialysis. *Pediatr Nephrol* (1997) 11:604-606.
 25. Vasylyeva TL, Singh R, Sheehan C, Chennasamudran SP, Hernandez AP. Self-reported adherente to medications in a pediatric renal clinic: psychological aspects. *PLoS One.* 2013 Jul 18, 8(7).

M. Díaz de Neira Hernando, L. García Murillo, M. A. Forti Buratti

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.
Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica de Niños y
Adolescentes
C/Manuel de Falla 1. Majadahonda. 28222

Correspondencia:

Mónica Díaz de Neira Hernando
monica.diazneira@salud.madrid.org

*Solo hay que ponerse crema
para el sol: a propósito de
un caso de lupus eritematoso
sistémico*

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a4>

*You just need to wear
sunscreen: a case report on
systemic lupus erythematosus*

RESUMEN

Se presenta el caso de una chica de 14 años diagnosticada de lupus eritematoso sistémico recientemente. Se describe la intervención a nivel individual y familiar en el acompañamiento durante el duelo producido por el diagnóstico, ilustrando con fragmentos de sesiones las diferentes fases de duelo por las que atraviesa ella y su familia. Se pone de manifiesto la importancia de validar las emociones y dejar espacio a la expresión de las mismas, especialmente las negativas. Aunque el caso ilustra un caso de lupus eritematoso sistémico, lo descrito se puede generalizar para cualquier enfermedad crónica diagnosticada en la infancia o adolescencia.

Palabras clave: Lupus eritematoso sistémico, enfermedad crónica, adolescencia

ABSTRACT

We present a 14-year-old girl recently diagnosed with systemic lupus erythematosus. Individual and family intervention supporting grief are described. Patient and family go through different phases of grief, illustrated by different pieces from the sessions. This highlights the importance of emotional validation and emotional expression, specially negative emotions. Although this case is about systemic lupus erythematosus, the process itself could be generalized to any chronic disease

diagnosed during childhood or adolescence.

Keywords: systemic lupus erythematosus, chronic disease, adolescence

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que cursa en brotes y remisiones presentando diversas manifestaciones clínicas. Su etiología es desconocida, aunque se considera que participan factores genéticos, ambientales y hormonales. En el LES puede haber afectación cutánea, musculoesquelética, cardíaca, hematológica, pulmonar, renal y del sistema nervioso central (1).

Cuando se presenta en niños y adolescentes, la afectación producida por el LES suele ser más grave que en adultos, ya que además del daño causado a la salud, se ha evidenciado el impacto a nivel escolar, en la apariencia física, y su repercusión psicológica, así como un retraso en el crecimiento en población infantil (2). En esta población se ha descrito además cómo puede interferir a nivel de socialización e imagen física, afectando su percepción de autocontrol y autoeficacia (3).

El tratamiento del LES depende de las manifestaciones clínicas y del grado de afectación de los distintos órganos vitales. A nivel farmacológico, los corticoides continúan siendo parte fundamental del tratamiento. Además, son importantes otro tipo de intervenciones preventivas y

psicoeducativas, como la protección contra los rayos ultravioletas, o la prevención y tratamiento de infecciones y de factores de riesgo cardiovascular (1).

La eficacia en el tratamiento ha permitido un aumento en la supervivencia de los afectados. Pero el elevado potencial tóxico de algunos medicamentos unido a las manifestaciones propias de la enfermedad, pueden hacer que la calidad de vida se vea afectada. Aunque no se ha establecido una clara correlación entre el daño físico y la calidad de vida, es consistente el hallazgo de que ésta está mermada en los pacientes con lupus y que las variables psicológicas tienen un papel complejo (4).

El diagnóstico de una enfermedad crónica en un niño o adolescente requiere un proceso de adaptación que en ocasiones se ha asimilado al duelo (5). Se trataría de un duelo por la pérdida de la salud que no sólo tiene que transitar el menor, sino también su familia, y muy especialmente sus padres.

A continuación se analiza el caso clínico de una adolescente, a la que llamaremos Lucía, que ha sido diagnosticada de lupus eritematoso sistémico (LES), y los obstáculos que encuentra para transitar su duelo.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Lucía es una adolescente de 14 años, derivada a la consulta de psicología clínica infantil a petición de su médico tras realizar el diagnóstico de LES.

Historia de los problemas:

En los seis meses previos a la consulta comenzó con urticaria que fue tratada con antihistamínicos, con respuesta parcial. Se derivó a alergología para el estudio de posibles desencadenantes externos (alimentación, desodorantes, cremas...). A pesar del tratamiento continuaba con brotes que fluctuaban a lo largo del día. En la analítica realizada a petición de alergología, presentó trombopenia y anticoagulante lúpico positivo. Tras esto fue ingresada para estudio e iniciación de tratamiento con bolos de corticoides (metilprednisolona). Durante este tiempo ha continuado presentando brotes de urticaria y dolores articulares (a pesar de que practica múltiples deportes) así como lesiones enrojecidas en mejillas que se acentúan con el sol (dermatosis neutrofílicas). Se confirmó el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Las revisiones cardiológica, neurológica y nefrológica fueron normales.

Actualmente se encuentra en tratamiento farmacológico con sulfato de hidroxiclороquina, prednisona, omeprazol, calcio, ácido acetil salicílico y paracetamol en caso de dolor.

Antecedentes médicos personales:

La madre tuvo un aborto natural previo al embarazo de Lucía. Embarazo gemelar sin complicaciones, nacieron en la semana 39. Parto por cesárea programada a petición de la madre. Lucía pesó 3.100 g. Lactancia materna hasta los 4 meses, la madre refiere que en esa época estaba muy cansada. Lucía y su hermana comían y dormían bien. Con 9 meses tuvo una neumonía y fue ingresada durante una semana. Deambulación alrededor de los 10 meses. Desarrollo del lenguaje normal. Sin problemas de control de esfínteres.

Antecedentes médicos familiares:

Sin interés, padres y hermana sanos.

Contexto biográfico:

Cursa 3º ESO en un colegio privado, muy buen rendimiento académico. Buenas relaciones con su grupo de amigas. Toca el piano y juega en un equipo de baloncesto.

A nivel familiar refieren buena relación entre las hermanas mellizas y con los padres. Buenas relaciones con la familia extensa. Los padres tienen estudios superiores.

Exploración psicopatológica:

En la primera entrevista, Lucía está consciente, orientada, colaboradora y abordable. Al ser preguntada por sus motivaciones al acudir a la consulta refiere que viene obligada. Su aspecto es cuidado. Refiere bajada de ánimo desde el diagnóstico de la enfermedad. Discurso coherente, parco en palabras, ligeramente evitativo. Alteración en la conciliación del sueño, así como sensación de cansancio por las mañanas. Aumento del apetito que atribuyen a la medicación, con cierta preocupación por el aumento de peso y su repercusión en la imagen corporal. No distorsión en la imagen corporal. Ha referido preocupación por si puede tener hijos o no, por el riesgo de transmisión de la enfermedad. También le preocupan los efectos secundarios de la medicación. Niega ideación de muerte. No ha presentado autolesiones. Niega consumo de tóxicos.

EVOLUCIÓN

Se describen a continuación algunas interacciones ocurridas durante las sesiones para ilustrar los procesos relacionados con el duelo y los obstáculos que se detectaron.

Sesión 1

En la primera sesión Lucía apenas participa, se muestra disgustada con tener que acudir al psicólogo y deja que sea su madre quien explique la situación. En la siguiente interacción se muestra el papel de cada una:

Terapeuta: “¿Cómo estás con todo esto que me habéis contado?”

Madre: - antes de que Lucía hable- “Lo llevamos bastante bien, la verdad es que se lo han cogido a tiempo y está perfecta, no hay afectación en riñones, ni corazón, nada, sólo tenemos que tener cuidado con el sol.”

Lucía: mirada hacia abajo, actitud de resignación, no contradice a su madre.

Sesión 2

En la segunda sesión decido que pase Lucía sola para facilitar que pueda expresar su propia vivencia sin que le condicione tanto la de su madre. Le pregunto si hoy tampoco quería venir a la consulta y me responde afirmativamente, pero dice que venía más tranquila que el primer día. Se transcriben algunos diálogos para ilustrar lo que aconteció.

Terapeuta: “El otro día me dio la sensación de que tu madre te quiere mucho y te intenta animar con esto de la enfermedad, casi como convenciéndote de que tienes que estar animada y que no es para tanto... pero no sé cómo te sientes tú con esto realmente.”

Lucía: “Me siento muy mal.”

Terapeuta: “Me gustaría escuchar cómo es eso, ¿qué cosas son las que te hacen sentir mal?”

Lucía: “Me fastidia que mi madre diga que estoy bien y que no pasa nada... cada día tengo que tomar un montón de pastillas, parezco un abuelo con el pastillero lleno.” Se echa a llorar.

Tras explorar las distintas emociones en relación a su nueva situación, analizamos juntas para qué podía estar haciendo esto su familia, y le pregunto qué cree ella

necesitar realmente de ellos en esta situación. Refiere que preferiría simplemente que la escucharan, o que la dejaran sola o que si lloraba le dieran un abrazo. Le propuse entonces hablarlo con la madre y aceptó. A continuación se reproduce parte del diálogo.

Terapeuta: “Lucía y yo hemos estado hablando de cómo se siente en relación a la enfermedad... y de qué cosas la pueden ayudar más y qué cosas no la ayudan tanto. Para eso puede ser útil pensar en qué necesitas tú cuando estás disgustada o enfadada... ¿crees que te ayuda que te intenten convencer de que no es para tanto? ¿Te ayuda que minimicen la importancia de lo que te ocurre?”

Madre: “No, eso fastidia bastante.”

Terapeuta: “A Lucía le pasa parecido, es muy fastidioso tener una enfermedad crónica, ella está disgustada, a veces enfadada... y todo eso normal. ¿Quieres contarle a tu madre lo que más te ayudaría en esos momentos?”

Lucía: “Prefiero que me dejéis un poco, o que me abracéis y ya está.”

Madre: “Claro cielo, lo que tú quieras. Pero no te preocupes, de verdad que lo vamos a llevar muy bien, simplemente es que hay que protegerse del sol y tomar la medicación y por lo demás no cambia nada.”

Terapeuta: “A este tipo de cosas nos referíamos con intentar no minimizar... Tal vez sea importante que intentéis ver que ella tiene 14 años, y que el hecho de tener que cambiar sus rutinas, tomar medicación, no poderse poner al sol en bikini, etc., le afectan de forma diferente que a una persona de nuestra edad...”

Madre: “Vale, me pongo en su lugar. Si yo he tenido que tener mucho cuidado con el sol siempre, ¿a que sí Lucía?, bajo a la playa con sombrero, protección 50 y casi no salgo de la sombrilla.”

Terapeuta: “Y seguro que lo haces sabiendo que es lo mejor para ti, y querrías transmitirle esto a tu hija, el autocuidado... Sin embargo, parece que le estás pidiendo que se ponga ella en tu lugar y lo que intentábamos era que te pusieras tú en el suyo...”

Madre: “Es verdad... esto es difícil.”

Tras esta conversación, plantearon la necesidad de hablar también con el padre y la otra hermana. Hasta

este momento la madre refería que la irritabilidad de su hija la atribuían al síndrome premenstrual. Al finalizar la consulta pregunté a Lucía si quería o no volver a otra consulta y respondió que sí, prefería acudir una vez más.

Sesión 3

En la tercera sesión Lucía cuenta que al salir de la visita el último día sí habló con su madre sobre la enfermedad y cómo le afectaba en su día a día. Durante la consulta analizamos las experiencias emocionales más difíciles en torno a la enfermedad: el sentirse avergonzada por su cuerpo y con ganas de taparse y el enfado por tener que tomar tanta medicación. Describe un episodio en el que dio un golpe al armario como forma de liberar la rabia que sentía.

Se le plantea a Lucía la posibilidad de despedirnos o de vernos una última vez, elige volver una vez más a la consulta refiriendo que hay algún aspecto que le gustaría que comentásemos juntas.

Sesión 4

Durante la cuarta y última sesión Lucía hace una demanda propia centrada en su dificultad para comunicar la enfermedad a sus amigas. Hacemos un análisis de lo que querría decir y no decir y a quién. Y una vez establecido lo entrenamos a través de un rol playing.

Revisamos juntas la experiencia de haber acudido al psicólogo y nos despedimos.

DISCUSIÓN

En el contexto cultural en el que vivimos se aprecia una tendencia a excluir el malestar psíquico como si se tratase de algo incorrecto contra lo que hay que luchar, el malestar es el enemigo a combatir. Los mensajes que recibimos de múltiples fuentes van en la línea de buscar el placer, como si sentirse triste, ansioso o enfadado fuese a convertir a la persona en alguien enfermo, o a impedirle lograr sus metas vitales. Existe un imperativo culturalmente sostenido de mostrar una “actitud positiva”, “sentirse alegres”, “sonreír”, junto a una gran intolerancia a las manifestaciones públicas del malestar. Incluso en el duelo parece haber prisa, se exige pronto que la persona vuelva al estado previo a la pérdida. Lo esperable por tanto es que ante reacciones de dolor emocional las recomendaciones sean “no llores”, “ánimate”, “no es para tanto”, “no te preocupes”. Y aunque esto es congruente

con nuestro deseo de no sufrir, en ocasiones se vuelve precisamente el problema. Algunos investigadores han señalado lo perjudicial que puede ser a largo plazo evitar de forma rígida y sostenida emociones, pensamientos, imágenes o recuerdos que nos hacen pasarlo mal, dando cuenta del efecto paradójico de incrementar la intensidad de ese malestar al intentar escapar de él (6).

En el caso presentado, la reacción de Lucía es absolutamente coherente con lo que está viviendo, es decir, sentir tristeza, rabia o miedo ante el diagnóstico de una enfermedad crónica es sencillamente lo esperable. Se han descrito reacciones emocionales de contrariedad, resentimiento, impotencia, tristeza, injusticia, temor, deseos de morir, ansiedad, culpa, angustia o miedo ante la aparición de una enfermedad crónica en un adolescente (7). De manera similar, lo esperable es que los padres también reaccionen emocionalmente. Pero además en el caso de Lucía se suma la sensación de incomprensión, de estar sintiendo algo incorrecto, dada la reacción de su entorno, que explícita o implícitamente le solicitan que esté tranquila y no se preocupe por la enfermedad.

Durante las entrevistas, la madre de Lucía habla por ella, como si la experiencia de su hija y la suya fueran exactamente lo mismo. La tristeza, el miedo y el dolor que seguramente sintió esta madre al recibir el diagnóstico de su hija fue muy intenso y le empuja a intentar proteger a ésta de lo mismo. Sin embargo, al escucharla decir “se lo han cogido a tiempo, está perfecta, no tiene afectación en el corazón ni en los riñones...”, ¿qué pensará su hija?, ¿es posible realmente que no sienta miedo, enfado, tristeza o indignación por lo que le ha ocurrido? Es conocido que una enfermedad como el LES altera inevitablemente la vida cotidiana de la persona, y en el caso de los adolescentes puede interferir especialmente a nivel de socialización e imagen física, pudiendo por ello tener efectos sobre su percepción de autocontrol y autoeficacia (3).

La dificultad de estos padres para tolerar el malestar de su hija tiene que ver en última instancia con el dolor que a ellos mismos genera la situación de enfermedad. Se les hace tan difícil ver a su hija disgustada que maniobran con mucho esfuerzo para animarla de tal manera que aniquilen cualquier indicio de tristeza o rabia. Parece que ponen todo de su parte por convencer a su hija de que todo va a salir bien. La evidencia sin embargo se impone, la calidad de vida se ve afectada ante una enfermedad como el lupus. Lucía manifestó disgusto por las adaptaciones

que tenía que hacer respecto al cuidado de la piel con el sol y el miedo al futuro. La reacción que ella mostró en la familia inicialmente fue complementaria a la de sus padres, estos intentaban animar y ella por tanto callaba su dolor para no incumplir la petición y evitar a su vez disgustar y preocupar a sus padres. Pero el malestar muchas veces aparecía en forma de irritabilidad que los padres no interpretaban en términos del duelo sino que atribuían a las alteraciones hormonales propias de las adolescentes, limitando una vez más la posibilidad de validar y digerir el malestar original. Una de las metáforas que empleamos con los pacientes en duelo es la de la herida: una herida duele, y no nos gusta verla sangrar, si lo que hacemos es tajarla sin desinfectarla, para no verla, para no sentir más dolor en el proceso de curación, es más probable que cierre mal, que se infecte y que a la larga se reabra y nos dé problemas. En el caso del duelo en los niños y adolescentes puede que sean los padres quienes en un intento de evitarles más sufrimiento actúen convenciendo a los hijos de que esa herida no es para tanto, poniendo unas cuantas gasas encima y dejándolo estar...

La forma de ayudar a Lucía a lidiar con su dolor fue a través de la validación. La idea de acudir a visitar a un profesional de la salud mental le añadió preocupación y angustia. A pesar de ello, cuando se le dio la posibilidad de elegir si volvía o no, prefirió volver, muy probablemente porque fue una experiencia diferente a lo que había imaginado donde se la escuchó, validó y no se le ofrecieron soluciones a algo que no podía ser resuelto.

Sabemos la importancia nuclear que tiene la familia en el desarrollo de los adolescentes y que las enfermedades crónicas exigen procesos de reajuste en las familias (8). Por ello, y pese a que el duelo es una reacción normal y no conviene psicopatologizarlo, en ocasiones puede ser

útil intervenir de forma breve para facilitar el proceso y ayudar a los padres a ayudar a sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stichweh D, Pascual V. Systemic lupus erythematosus in children. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 63 (4): 321-9.
2. Klein-Gitelman M, Reiff A, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus in childhood. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002; 28 (3): 561-77, vi-vii.
3. Vargas Flores JdJGS, Erick Ibáñez Reyes, Edilberta Joselina. Adolescencia y enfermedades crónicas: una aproximación desde la teoría de la diferenciación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2011; 14 (1).
4. McElhone K, Abbott J, Teh LS. A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2006; 15 (10): 633-43.
5. Isla Pera P, Moncho Vasallo J, Guasch Andreu O, Torras Rabasa A. Proceso de adaptación a la diabetes mellitustipo 1 (DM1). Concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kübler-Ross. *Endocrinología y Nutrición* 2008; 55 (2): 78-83.
6. Hayes SCS, K. D. Wilson, K. G. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.: New York: Guilford Press.; 1999.
7. Lanzarote Fernández M, Torrado Val E. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental. 2009; 27 (2-3): 457-71.
8. Grau Rubio C, Fernández Hawrylak M. Family and chronic paediatric illness. *An Sist Sanit Navar* 2010; 33 (2): 203-12.

C. García Montero*; **S. Geijo Uribe****; **B. Mongil López****; **M. Vaquero Casado****

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

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

Correspondencia:

Cristina García Montero
Consultas de Salud Mental del Servicio de Psiquiatría
del Hospital Provincial de Ávila. Calle Jesús del Gran
Poder, 42. 05003 Ávila.
crisgarciamontero@gmail.com

Anorexia nerviosa y psiquiatría transcultural

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a5>

Anorexia nervosa and transcultural psychiatry

RESUMEN

Se presenta el caso de una adolescente de 16 años, descendiente de una familia de origen chino, que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil por pérdida importante de peso e hipocalemia. Se realiza una revisión de las características de la psiquiatría transcultural y las consecuencias derivadas del proceso migratorio.

Palabras claves: Psiquiatría transcultural, Migración, Trastorno de conducta alimentaria.

ABSTRACT

The case that is presented is a 16 years old female descendant of a family of Chinese origin. She was admitted to the hospitalisation unit of the children's ward due to significant weight loss and hypokalemia. This article carries out a review of transcultural psychiatry and the consequences derived from the migratory process.

Key words: Transcultural psychiatry, Migration, Eating disorder.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría transcultural puede considerarse una disciplina reciente, aunque existen numerosos ejemplos que demuestran cómo desde hace mucho tiempo, psiquiatras, psicólogos, sociólogos y antropólogos han investigado la relación entre la cultura, la conducta y el psiquismo humano (1).

Uno de los fenómenos sociales más relevantes en el mundo actual son las migraciones sociales. Este proceso de migración puede tener consecuencias negativas para la salud, por el estrés físico y psicosocial que pueden llegar a experimentar los inmigrantes (2). La migración en sí misma no puede ser considerada como una causa de trastorno mental pero sí un factor de riesgo, valorando si el inmigrante está sano o enfermo o si el medio de acogida le resulta hostil (3).

El proceso migratorio produce un desarraigo afectivo y cultural ya que el inmigrante llega a un nuevo lugar con diferente lenguaje, tradiciones distintas y nuevas costumbres (4).

La psiquiatría transcultural de décadas recientes ha definido síndromes asociados con las sociedades occidentales, entre ellos la anorexia nerviosa (5). El

ayuno, ya sea por motivos ascético-religiosos o bien por conseguir metas socio-políticas, siempre se ha reconocido como legítimo y no patológico en muchas culturas. Sin embargo, el cuadro clínico característico de anorexia nerviosa aparecía primero en el siglo diecinueve y afectaba a niñas y mujeres jóvenes de la burguesía europea (6).

Los casos de anorexia nerviosa han ido aumentando considerablemente en los últimos años en algunos países no occidentales, notablemente en Japón y en menor grado en otras regiones industrializadas de Asia como Hong Kong, donde el cuadro clínico de anorexia nerviosa con fobia a engordar ha aparecido bajo el impacto de medios de comunicación occidentales (7).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente que acude al Servicio de Urgencias por una posible anorexia nerviosa. Se objetiva una hipocalemia, motivo por el cual se decide ingreso en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil.

ENFERMEDAD ACTUAL

Se trata de una paciente de 16 años, que desde mayo de 2016 ha ido perdiendo peso, aproximadamente unos 10 kilos en el último año. Por este motivo consultaron con el médico de atención primaria que decidió hacer un seguimiento del caso. La madre indica que ella supervisa las comidas y que, por indicación médica, le ha estado pesando en casa cada dos o tres días, pese a lo cual, hasta mayo de 2017 ha ido perdiendo peso. La hermana cree que posiblemente esté vomitando. Ha ido a dos consultas con el Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde su psiquiatra ha prescrito como tratamiento Fluoxetina 20 mg una vez al día.

Reconocen que hubo una visita previa a urgencias en el mes de mayo de 2017 donde también se constató la presencia de una hipocalemia, pero entonces no se tomó ninguna otra medida. La perciben nerviosa, refieren que las ingestas son escasas, no muestra confianza en los miembros de la familia y la comunicación con ellos es casi inexistente.

La madre explica que desde enero de 2017 está amenorreica, sin embargo la paciente asegura que esa amenorrea solamente lleva en curso desde marzo de 2017 y no hay forma de aclarar esta cuestión. La propia paciente reconoce que vomitaba a veces, que lo único que intentaba era verse físicamente bien y que ahora se

ve excesivamente delgada, pero aun así reconoce sentirse mal y evitar por ello mirarse al espejo. También indica que se arañó en los brazos el día previo al ingreso cuando su madre empezó a reñirla por su conducta.

Acaba de terminar 1º de Bachillerato aunque con las matemáticas suspensas. En este sentido dice que esa asignatura nunca le ha gustado y que tiene que estudiar durante el verano.

ANTECEDENTES PERSONALES

La paciente es hija de un embarazo deseado, matrimonial, de 40 semanas de duración. La madre tuvo que ingresar en el 7º mes de embarazo por una amenaza de parto prematuro. El parto fue hospitalario, eutócico, y pesó 3.800 gramos y midió 54 centímetros. La lactancia fue artificial por hipogalactia materna. No se recoge ninguna alteración en los hitos del desarrollo psicomotor. Inició la guardería con dos años y medio y buena adaptación. Desde los tres años permanece en el mismo centro escolar, donde ha tenido una buena escolarización. La menarquia se produjo a los 13 años y actualmente está amenorreica.

ANTECEDENTES FAMILIARES

La familia es china, pero lleva viviendo en España desde el año 1986, de manera que la paciente ya nació en España.

La madre tiene 51 años, hizo estudios primarios y trabaja en una joyería. Está apendicectomizada y se define a sí misma como una persona normal, aunque reconoce que ante su hija se pone muy nerviosa y se enfada. Es la tercera de cinco hermanos, uno de ellos tiene cáncer. El abuelo falleció de cáncer de pulmón y la abuela tiene 85 años, vive en Madrid y está sana. La madre es quien pone las normas en casa.

El padre tiene 48 años, hizo estudios primarios y estaba trabajando en San Sebastián, pero recientemente ha cambiado de trabajo y actualmente está en Madrid. Está sano. La madre le define como una persona más tranquila que ella. Es el menor de tres hermanos. El abuelo paterno tiene 80 años y ha sufrido un ictus y la abuela paterna tiene 76 años y es cardiópata. Ambos abuelos viven en China.

Hermana de 22 años, estudia económicas con buenos resultados. Está sana y la definen como una persona que apenas habla ni se relaciona con la familia.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Paciente de biotipo leptosómico. I.M.C= 12,3. Se muestra sonriente al inicio de la entrevista. Da respuestas ajustadas, pero muy parcas en detalles con una latencia de respuesta prolongada. Ánimo bajo con disminución de la capacidad hedónica y ausencia de planes de futuro. Ansiedad ideica y franca alteración del esquema corporal. Facies poco expresiva. Sin otras alteraciones del curso o contenido del pensamiento.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Sistemático de sangre y bioquímica dentro de la normalidad salvo: triglicéridos 190 mgr/dl (36-85); GGT 53 u/l (3-29); potasio 3.4 mq/l (3,5-5,3).
- Determinación de hormonas tiroideas: dentro de la normalidad.
- Determinación de vitamina D: 17 ng/ml, lo que se corresponde con un déficit moderado. Resto de determinación de vitaminas: dentro de la normalidad.
- Sistemático de orina: presenta leucocitos.
- Determinación de parásitos en heces: negativo.
- Anticuerpos antitrasglutamilasa: negativo.
- Cuantificación de IGA y anticuerpos antiendomiso: negativos.
- Determinación de calprotectina y sangre oculta en heces ambas por encima de los límites de la normalidad. Por este motivo se decide realizar una colonoscopia que arroja resultados normales aunque se encuentra una hiperplasia nodular linfoide en íleon terminal, lo cual se considera una variante de la normalidad que posiblemente justifica la aparición de sangre oculta en heces y no precisa de tratamiento específico.
- E.K.G: ritmo sinusal sin alteraciones en la repolarización.

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

La paciente refiere haber estado reduciendo la ingesta desde hace aproximadamente 3 años con la intención de adelgazar. Además, realizaba conductas compensatorias como vómitos autoinducidos y ejercicio físico en el domicilio. Afirma que se sentía muy desanimada y comienza a autolesionarse en forma de cortes.

En el ámbito familiar, llama la atención la independencia de los miembros de la familia entre sí, con un escaso flujo de comunicación entre ellos, lo que

podría ser debido a factores culturales. El padre de la niña se encuentra trabajando en otra ciudad desde hace varios años y mantiene escaso contacto con ella. La paciente vive con su madre y su hermana de 22 años, con ésta última dice tener escasa relación porque no se comunica con la familia. La paciente dice que pasa gran parte del tiempo sola.

A nivel social, reconoce que recientemente ha tendido a aislarse y no quedar con sus amigas del colegio, con las que este curso no ha coincidido en clase por diferencias en el itinerario elegido. Se define como tímida y parece tener preferencia por la soledad.

A nivel académico, tiene un rendimiento medio en general, a excepción de la asignatura de matemáticas, que identifica como una importante fuente de estrés.

Durante el ingreso se muestra abordable y colaboradora. Tiene un ánimo bajo y está apática, con falta de motivación y dificultades para disfrutar, y verbaliza sentimientos de soledad y visión negativa del futuro. Reconoce haber tenido ideas de muerte aunque nunca ha llegado a realizar actos autolíticos, hasta un permiso durante el ingreso cuando realiza una intoxicación medicamentosa. Presenta insatisfacción con la imagen corporal, miedo a engordar y distorsión de la imagen corporal. A lo largo del ingreso se descubre que suele comprar comida y comerla a escondidas de su familia.

Se realiza una evaluación psicométrica con el Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria EDI-3, obteniendo un perfil que refleja insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima, sentimiento de incompreensión o confusión en relación a sí misma y su propia identidad, sentimiento de vacío emocional, dificultad en reconocimiento de las emociones y rechazo de las mismas, miedo a la madurez o crecimiento, inseguridad y desconfianza ante las relaciones interpersonales y necesidad excesiva de control. También se evalúa con el Test de siluetas para adolescentes (TSA), que muestra una distorsión significativa de la percepción de la imagen corporal por sobrestimación.

DIAGNÓSTICO

- Eje I F50.0 Anorexia Nerviosa restrictiva purgativa.
F34.1 Distimia
- Eje II Rasgos disfuncionales de la personalidad no especificado (presenta rasgos límites y rasgos de personalidad evitativa).

- Eje III Hipocalemia en remisión. Déficit vitamina D.
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo.
- Eje V EEAG al ingreso 50; al alta 65.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Se inicia una pauta de realimentación siguiendo las directrices dadas por el experto en nutrición. La paciente aunque aqueja molestias digestivas y dice sentirse abrumada por lo que ella considera un exceso de dieta, va comiendo todo lo que se le sirve de forma adecuada y empieza a recuperar peso hasta alcanzar un I.M.C de 16. Dado que se mantiene este peso durante una larga temporada y con la dieta normal, se considera que puede deberse a una delgadez constitucional y que este es el peso que le corresponde y que por lo tanto no precisaría de mayor recuperación ponderal.

En general, las consultas con la paciente han sido dificultosas ya que suele mantener una actitud sonriente y cordial pero de muy escasa colaboración, le cuesta enormemente manifestar cuáles son sus sentimientos. Se muestra muy poco receptiva a las entrevistas y adopta una actitud negadora de conflictos, llegando incluso a expresar que se siente mejor cuando no habla con ningún profesional que cuando lo hace. De hecho niega tener confidentes y expresa su deseo de no seguir colaborando con la terapia.

A las entrevistas con la familia ha acudido mayoritariamente la madre, éstas resultan difíciles por la barrera idiomática ya que sus conocimientos del castellano son limitados y a raíz de que en uno de los fines de semana la paciente realiza una autointoxicación medicamentosa y que cuando acude la madre con ella, trayéndola antes de que acabe el permiso, tarda tiempo en explicar lo que le ha ocurrido y lo pone en relación con el hecho de que cree que habían sido menos pastillas, se decide pedir que acuda toda la familia a la entrevista, es decir, padre, hermana y madre ya que tenemos la impresión de que nos faltan muchos datos sobre el funcionamiento de la familia. En esa entrevista el padre prácticamente no interviene, la madre nos dice que nos ha dado todos los datos que creía que eran relevantes, pero la hermana mayor indica que hace ya más de un año que la paciente se está dando atracones, que lo hace a escondidas y que el día de la autointoxicación ella vio

cómo traía del supermercado comida en exceso, parte ya se la había comido, y al verse descubierta tuvo una discusión con la madre y parece ser que eso fue lo que pudo precipitar su autointoxicación medicamentosa. Explica también que la paciente se estaba autolesionando y tenía contacto a través de las redes sociales con otras personas que hacían lo mismo. En este sentido, ella dice haberle borrado los perfiles de las redes sociales y se muestra ambivalente porque por una parte dice estar dispuesta a ayudar a su hermana, que asegura que no está bien adaptada en el centro escolar, pero su orgullo le impide buscar un cambio de centro escolar o de tipo de bachillerato. Esto es desmentido por la madre y se evidencia que hay una relación muy tensa entre ellas, de manera que la hermana prefiere seguir manteniéndose al margen y no colaborar. En este sentido, la paciente se muestra muy enfadada por la presencia de la hermana en esta entrevista. Asegura que no quiere saber nada de ella y que preferiría ser hija única e insiste en su negativa a seguir con el ingreso ya que asegura que le ha servido para volver a comer de forma normalizada y que no quiere seguir manteniendo entrevistas diarias ni con la psicóloga ni con la psiquiatra.

La madre por su parte considera que ha llegado el momento de que se le dé el alta, para que retome los estudios, aunque se muestra muy insegura sobre cómo tratarle y finalmente, dado que se ha conseguido una recuperación del estado físico de la paciente aunque no tanto de su estado anímico, se decide darle el alta.

En este sentido, ha tenido distintas pautas de tratamiento farmacológico antidepressivo (Fluoxetina, Escitalopram y Venlafaxina), con escasa respuesta en todos los casos, quizá porque pueda ser un trastorno distímico aunque es difícil diferenciar hasta qué punto se trata de esto o de un trastorno de personalidad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Vitamina D3 gotas, 2000 UI, 6 gotas en desayuno.
- Venlafaxina 75 mg: un comprimido en el desayuno.
- Lorazepam 1 mg: un comprimido si lo precisa por ansiedad.
- Se le remite al Hospital de Día de Psiquiatría Infanto-Juvenil para continuar con el seguimiento y conseguir mayor estabilización.

DISCUSIÓN

Los estudios de psiquiatría transcultural aportan la prueba tangible de que las expresiones psicopatológicas presentan diferencias notables según las áreas culturales en que se observen (8).

Existen culturas en las cuales la depresión se manifiesta más como un estado físico que psicológico. Kleinman describe que los pacientes de origen chino manifiestan principalmente síntomas de fatiga, molestias, aburrimiento, dolor mareo o presión interna. Estos síntomas pueden llegar a confundir el diagnóstico en estos pacientes, muchos de los cuales no aceptan moralmente el diagnóstico de depresión debido a que culturalmente es más aceptada la manifestación somática que la emocional (9).

CONCLUSIONES

No solo es suficiente con atender la enfermedad del paciente sino que tenemos que prestar también atención al resto de elementos que conforman su entorno social, ya sea su funcionamiento laboral, familiar, personal o social. Para ello el clínico debe contar con una especial sensibilidad cultural que le permita ahondar en la vivencia del paciente y con ello contribuir a su mejora (10). Además debe hacer un esfuerzo por conocer, preguntando al paciente y/o mediante la búsqueda de información, la cultura y valores de este.

BIBLIOGRAFÍA

1. A. Fernández. Fundamentos de la Psiquiatría actual, 1972. Tomo II, pag 409.
2. Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull* 2007; 54:46-

- 47.
3. Sayed-Ahmad N, Rio MJ, Fernández G. Salud Mental. En Manual de Atención sanitaria a Inmigrantes. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla 2007; VII: 126-144.
4. Quintanilla MA, Villas E, Mabry S, Calvo D, García-García, Arguemi M, y col. Conducta suicida en población inmigrante: un enfoque cultural. *Rev electrónica de psiquiatría* 2009; 1 (1-4). Disponible en: www.psiquiatria.tv-info@psiquiatria.com.
5. Wolfgang George Jilek. M. D. Factores Culturales en Psiquiatría. Investigación en Salud. Vol. X. Número 3. Abril 2008.
6. Brumberg JJ. *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*. Cambridge, Harvard University Press, 1988.
7. Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993, 23: 999-1017.
8. Bhugra and Mastrogianni A. Globalisation and Mental Disorders: overview with relation to depression. *Br J Psychiatry* 2004, 184:10-20.
9. Kleinman A. *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. London. Yale University Press, 1986.
10. Villaseñor B. S.J, Rojas, M.C, Albarran, L. A.J; González, S. A.G. Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, vol. 69, núm. 1-4, 2006, pp.43-50. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.

L Fontecha Banegas*, I Moreno Alonso*, A Huertas Patón**

*MIR Psiquiatría Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

**FEA Psiquiatría Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Correspondencia:

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Planta 4ª,
sección D. Secretaría de Psiquiatría.
Carretera Alcalá-Meco s/n
28805 Alcalá de Henares (MADRID)
leticia.fontecha@salud.madrid.org

*Síndrome de Holt-Oram
y Trastorno del Espectro
Autista. A propósito de un
caso*

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a6>

*Holt-Oram syndrome and
autism spectrum disorder.
About a case*

RESUMEN

El Síndrome de Holt-Oram o displasia atriodigital es un trastorno de herencia autosómica dominante con un 100% de penetrancia que afecta a uno de cada 100000 nacimientos, causado por la mutación del gen TBX5 (12q24.1), responsable de la cardiogénesis y de la formación de los miembros superiores, por lo que se caracteriza por la presencia de anomalías y malformaciones esqueléticas y cardiológicas. Se describe el caso de un varón de 8 años con diagnóstico de Síndrome de Holt-Oram y de Trastorno del Espectro Autista.

Palabras clave: síndrome de Holt-Oram, displasia atriodigital, gen TBX5, malformaciones esqueléticas y cardiológicas, trastorno del espectro autista.

ABSTRACT

Holt-Oram syndrome or atrio-digital dysplasia is an autosomal dominant disorder inheritance with 100% penetrance that affects one in every 100,000 births, caused by the mutation of the TBX5 gene (12q24.1), responsible for cardiogenesis and of the formation of superior limbs, reason why it is characterized by the presence of anomalies and skeletal and cardiological malformations. We describe the case of a 8-year-old male with a diagnosis of Holt-Oram Syndrome and Autism Spectrum Disorder.

Keywords: Holt-Oram syndrome, atrio-digital dysplasia, TBX5 gene, skeletal and cardiological malformations, autism spectrum disorder.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Holt-Oram, también conocido como displasia atriodigital o síndrome mano-corazón, es un trastorno de herencia autosómica dominante con una prevalencia de 1:100000 nacidos vivos, causado por la mutación del gen TBX5 (1), localizado en el brazo largo del cromosoma 12 (12q24.1). Una gran parte de dichas mutaciones van a producirse de novo, es decir, van a poder afectar a personas sin antecedentes familiares previos.

El gen TBX5 codifica el factor de transmisión T-box 5, el cual juega un importante papel durante la embriogénesis de diversos tejidos, activando genes implicados en el desarrollo normal de las extremidades superiores, así como aquellos que intervienen en la cardiogénesis. Dentro de los defectos en la formación de miembros superiores, se incluyen, por ejemplo, anomalías en los huesos de la muñeca, hipoplasia o agenesia del pulgar, ausencia parcial o completa de los huesos del antebrazo, entre otros. Aproximadamente el 75% de los afectados por este síndrome, presentarán afectaciones cardíacas, siendo las más frecuentes los defectos en el tabique interauricular, sobre todo tipo ostium secundum, e interventricular, pudiendo presentar también alteraciones

en el sistema eléctrico del corazón (2).

En relación al caso que nos ocupa, es importante destacar que las mutaciones en los genes T-box son responsables no sólo del Síndrome de Holt-Oram (TBX5), sino también de otras patologías, por ejemplo del Síndrome de Delección 22q11.2 o Síndrome de DiGeorge (TBX1) (3), existiendo estudios respecto a la relación entre dicho síndrome y el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (4).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 8 años con antecedentes de seguimiento por Psiquiatría que acude a consulta de Psiquiatría Infantil en nuestro centro tras recomendación de centro escolar. En el momento de la valoración, presenta diagnóstico de TEA por Unidad de Diagnóstico Complejo.

Antecedentes personales:

Médico-quirúrgicos: No alergias medicamentosas o alimentarias conocidas.

En screening metabólico realizado a las 48 horas de vida, se objetiva elevación de TSH. Al repetir la prueba, el valor es compatible con la normalidad. Estuvo en seguimiento por Endocrinología por hipotiroidismo, manteniendo tratamiento farmacológico con levotiroxina hasta hace aproximadamente un año.

Diagnosticado de Síndrome de Holt-Oram tras estudio genético. Foramen oval permeable y comunicación interventricular perimembranosa congénitas, en seguimiento por parte de Cardiología desde su nacimiento hasta el momento actual. Hipoplasia del primer metacarpiano izquierdo, intervenido quirúrgicamente en una ocasión, por el cual mantiene seguimiento por parte de Traumatología, pendiente de una nueva intervención.

Mantuvo seguimiento por parte de Oftalmología por retinopatía del prematuro.

Comenzó seguimiento por Neuropediatría a los 3 años de edad por dificultades relacionales, manteniéndolo en la actualidad por retraso en la adquisición del lenguaje y alteraciones del comportamiento. Ante la presencia de nerviosismo e intranquilidad, se pauta metilfenidato, con mejoría clínica referida tanto por sus progenitores como por sus profesores.

Psiquiátricos: Fue derivado a Psiquiatría Infantil hace aproximadamente 2 años por “conductas repetitivas”. Valorado por Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica y Centro Base, teniendo concedida

discapacidad. Fue derivado a la Unidad de Diagnóstico Complejo donde se le diagnostica de TEA.

Antecedentes familiares:

Médico-quirúrgicos:

Madre asmática. Presentó comunicación interauricular congénita, cerrada espontáneamente. También tuvo síndrome de apnea obstructiva del sueño.

Hermano en estudio por posible celiaquía.

Primo hermano paterno con hipoplasia digital.

Abuelo materno diagnosticado de hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP.

Tíos maternos y abuela materna diagnosticados de Enfermedad de Crohn.

Bisabuelo materno fallecido a causa de las complicaciones de una colitis ulcerosa.

Psiquiátricos:

Primo hermano paterno diagnosticado de trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Prima materna de la que refieren presenta la misma psicopatología que el caso clínico que nos ocupa.

Hitos del desarrollo:

Embarazo deseado. En la semana 14 la madre tuvo que ser hospitalizada por riesgo de aborto, guardando reposo absoluto durante mes y medio. Parto pretérmino a las 33 semanas, inducido por preeclampsia materna, finalizado por cesárea urgente por bradicardia fetal, requiriendo reanimación hasta en dos ocasiones, una tras el nacimiento por distrés respiratorio, otra en contexto de infección. Peso al nacer de 1245 gramos. Estuvo hospitalizado en Unidad de Cuidados Intensivos durante 2 meses, requiriendo incubadora. Tras el alta, mantuvo monitor de apneas debido a dificultades en la coordinación respiración-alimentación. Mantuvo lactancia mixta durante 2 meses. En la actualidad, niegan problemas o intolerancias alimenticios.

Respecto al desarrollo psicomotor, deambulación a los 15 meses, sin gateo previo. Adecuado control de esfínteres. Problemas en la adquisición del lenguaje, verbalizando sólo un par de palabras a los 11 meses. En la actualidad, persisten problemas en esta área, manteniéndose en lo concreto del discurso, costándole la comprensión de los dobles sentidos o las ironías. Presenta algunas ecolalias.

En relación a la socialización, ha presentado dificultades en la interacción social desde los primeros meses de vida, sin llorar, ni sonreír, ni señalar objetos. En la actualidad, mantiene problemas de socialización con pares. Los padres refieren rabietas y “tics”, que impresionan de estereotipias, en momentos de mayor frustración o desbordamiento emocional.

Escolarizado. Dificultades en la lecto-escritura. Tiene apoyos con frecuencia semanal.

Exploración psicopatológica:

Consciente y orientado. Abordable y colaborador. Tranquilo y adecuado conductualmente. Atento. Saluda y se despide adecuadamente de entrevistadores. Sonriente. Adecuado contacto ocular durante las entrevistas. Adecuado juego simbólico en el que incluye y anima a participar a entrevistadores. Reactivo emocionalmente. No impresiona de clínica ansiosa ni afectiva. Discurso fluido, espontáneo, con cierta inadecuación prosodial, ligeramente extravagante en forma, coherente en contenido, centrado en intereses restringidos (videojuego de construcción y edificios de una gran ciudad occidental), parcialmente reconducible. Estereotipias referidas por progenitores, objetivadas en consulta en momentos puntuales. Ecolalias referidas. No se objetivan ecosíntomas durante las entrevistas. No ideación autolítica. No auto/heteroagresividad. No alteraciones de conducta. No alteraciones sensorio-perceptivas ni otra clínica de la esfera psicótica. Apetito aumentado. Dificultades en la conciliación del sueño referidas por progenitores. Juicio de realidad acorde a su edad.

Tratamiento:

Además del seguimiento psiquiátrico, acude regularmente a asociación en la que realiza actividades grupales para el trabajo de habilidades sociales. Mantiene tratamiento con metilfenidato, pautado con anterioridad. Desde Psiquiatría no se ha pautado ningún otro tratamiento farmacológico.

DISCUSIÓN

Desde hace varias décadas, el estudio de la genética humana se ha convertido en una prioridad clínica, habiéndose completado en el año 2016 la secuencia del genoma humano, gracias a lo cual se ha conseguido descubrir la base molecular de numerosas entidades nosológicas hereditarias.

Los TEA tienen una etiología altamente genética con un componente multifactorial de factores tóxicos ambientales o epigenéticos que regulan la expresividad genética. Se calcula que aproximadamente entre un 10-15% de los casos de TEA se relacionan con una etiología genética identificable (5).

El paciente descrito presentaba alteraciones físicas (defectos cardíacos congénitos, hipoplasia del primer metacarpiano) y antecedentes familiares compatibles con diagnóstico de Síndrome de Holt-Oram. A su vez, la dificultad en la interacción social objetivada desde prácticamente su nacimiento, las conductas estereotipadas, los intereses restringidos y las alteraciones en la consecución del lenguaje y de la comunicación son compatibles con un diagnóstico de TEA, según los criterios del DSM-5 (6).

Las alteraciones genéticas presentes en el Síndrome de Holt-Oram son consecuencia de la mutación del gen TBX5 que, a su vez, va a provocar alteraciones en el factor de transmisión T-box 5, encargado de la embriogénesis cardíaca y de las extremidades. Si bien no ha sido descrita ninguna relación entre el Síndrome de Holt-Oram y el TEA, sí ha sido estudiada la relación entre el Síndrome de DiGeorge (en el cual también se encuentra dañado el factor de transmisión T-box 5) y el TEA.

CONCLUSIONES

La evaluación completa de los pacientes con sospecha de TEA debe incluir la realización de pruebas médicas y psiquiátricas, así como valoraciones psicológicas y psicopedagógicas. En la actualidad, dentro de las pruebas médicas, son importantes aquellas que permitan el diagnóstico de distintos síndromes genéticos.

Debido a su baja prevalencia, resultaría difícil encontrar una muestra lo suficientemente grande como para estudiar una posible relación entre el Síndrome de Holt-Oram y el TEA pero, atendiendo al factor de transmisión implicado, dicho estudio podría resultar interesante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murga-Eizagahevarria N, Garcia-Barcina M, Sarasola Diez E. Síndrome de Holt Oram. Descripción de una familia afectada sin mutación del gen TBX5 ni manifestaciones en un probable transmisor. *Rev Esp Cardiol* 2011; 64: 1225-6.
2. Instituto Valenciano de Microbiología. Web

- del Instituto Valenciano de Microbiología (IVAMI) [en línea]. <https://www.ivami.com/es/pruebas-geneticas-mutaciones-de-genes-humanos-enfermedades-neoplasias-y-farmacogenetica/1310-pruebas-geneticas-holt-oram-sindrome-de-holt-oram-sindrome-gen-itbx5> [Consulta: 12 de octubre 2018].
3. Lichiardopol C, Militaru C, Popescu B, Hila G, Mixich F. Holt-Oram syndrome. *Rom J Morphol Embryol* 2007; 48: 67-70.
 4. Ousley O, Evans AN, Fernandez-Carriba S, Smearman EL, Rockers K, Morrier MJ et al. Examining the Overlap between Autism Spectrum Disorder and 22q11.2 Deletion Syndrome. *Int J Mol Sci* 2017; 18: 1071.
 5. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J. RTM-IV Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales. 4ª Edición. Barcelona: Cyesan; 2012.
 6. American Psychiatric Association. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. 5ª Edición. Madrid: Panamericana; 2016.

MP Rivera Moya*, A Fernández Alonso*,
N Rodríguez Criado**, I Mesian Pérez**

* Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

** Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Correspondencia:

Idir Mesian Pérez

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Avda. Menéndez Pelayo, 65

28009. Madrid

Idir.mesian@salud.madrid.org

RESUMEN

La microdelección 1q21.1 no constituye por sí misma un síndrome clínico reconocible, ya que algunas personas con la delección no presentan hallazgos clínicos y otras tienen repercusiones variables. Sin embargo, se han descrito alteraciones relacionadas con la ausencia de los genes localizados en dicho fragmento. Entre estas características se incluyen microcefalia, rasgos faciales dismórficos, alteraciones oculares, defectos cardíacos, anomalías genitourinarias, malformaciones esqueléticas, convulsiones, retraso en el neurodesarrollo, dificultades en el aprendizaje y discapacidad intelectual leve. En cuanto a patologías psiquiátricas, hay mayor incidencia de trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos del sueño y esquizofrenia.

Presentamos el caso clínico de una paciente portadora de microdelección 1q21.1 hospitalizada en una Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente por sintomatología delirante y alucinaciones.

Palabras clave: microdelección 1q21.1, neurodesarrollo, psicosis, esquizofrenia.

ABSTRACT

The 1q21.1 microdeletion does not cause a typical clinical syndrome, since some people with the deletion do

Caso Clínico

Microdelección 1q21.1 y psicosis. A propósito de un caso

<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n4a7>

A case report of 1q21.1 microdeletion and psychosis

not show clinical findings and others have different manifestations. However, alterations related to the absence of localized genes in that fragment have been described. These characteristics include microcephaly, dysmorphic facial features, ocular alterations, heart diseases, genitourinary anomalies, skeletal malformations, seizures, neurodevelopmental disorders, learning disabilities and mild intellectual disability. About psychiatric pathologies, there is a higher incidence of autism spectrum disorders, attention deficit hyperactivity disorder, anxiety and mood disorders, sleep disorders and schizophrenia.

We report a clinical case of a female patient with the 1q21.1 microdeletion admitted in a Child and Adolescent Psychiatry Unit with delusional symptoms and hallucinations.

Key words: 1q21.2 microdeletion, neurodevelopment, psychosis, schizophrenia.

INTRODUCCIÓN

Una microdelección es una alteración genética infrecuente caracterizada por la ausencia de un pequeño segmento cromosómico que abarca a múltiples genes. Las microdelecciones 1q21.1 se diagnostican muy infrecuentemente en población general en personas a las que se les realiza un estudio cromosómico o genético.

Hay dos tamaños en la microdelección 1q21.1. En las delecciones de clase 1, el trozo de ADN que falta incluye

nueve genes, mientras que en las deleciones de clase 2, el ADN que falta incluye veinticinco genes conocidos. El fenotipo que el individuo presenta se ve alterado debido a la falta de ese fragmento. Aun así, existe gran variabilidad individual. Los individuos con una microdelección pueden ser sujetos sin síntomas o bien pueden presentar diferentes patologías: enfermedades somáticas, problemas del neurodesarrollo, del aprendizaje, del comportamiento y enfermedades psiquiátricas.

Más específicamente, las personas con esta alteración genética presentan microcefalia en el 50% de los casos por la ausencia del gen HYD1N, responsable también de la presencia en el 30% de los casos de retraso en el desarrollo, dificultades en el aprendizaje y discapacidad intelectual leve. También pueden presentar rasgos faciales ligeramente dismórficos, con protuberancia frontal, ojos hundidos, pliegues epicánticos, puente nasal prominente o con punta bulbosa, filtrum largo y paladar muy arqueado.

Por otra parte, se observan anomalías oculares en el 33% de los individuos por ausencia del gen GJA8. Este gen determina la síntesis de la proteína conexina 50, responsable de la transparencia del cristalino, por lo que su falta contribuye a la aparición de varios tipos de cataratas y otros defectos oculares.

Las convulsiones (crisis tónico-clónicas o crisis de ausencia en su mayoría) se observan en aproximadamente el 16% de los casos y a menudo comienzan durante el primer año de vida.

Otras alteraciones somáticas que presentan son defectos cardíacos congénitos (por ausencia del gen GJA5), alteraciones genitourinarias (por ausencia del gen CHD1L) o malformaciones esqueléticas.

En cuanto a patologías psiquiátricas, directamente en relación con las alteraciones en el neurodesarrollo, existen datos de una mayor incidencia de trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos del sueño y psicosis. Se ha observado que la esquizofrenia es más común entre personas con una microdelección en 1q21.1 que en la población general; la ausencia del gen GJA8 se ha asociado con esta patología y se han identificado microdeleciones 1q21.1 distales entre el 0,2% y el 0,6% de las personas diagnosticadas. Es también posible que la microcefalia esté relacionada con la incidencia de esquizofrenia, pero la conexión aún no está clara.

Se expone el siguiente caso clínico por la particularidad y poca frecuencia del cuadro con el objetivo de describir las características que presenta una paciente con una microdelección 1q21.1 y sintomatología psicótica, así como su abordaje, tratamiento y evolución.

CASO CLÍNICO

Se trata de una adolescente de 15 años que ingresa en una Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente tras ser trasladada al Servicio de Urgencias del mismo hospital por un episodio de desorientación, nerviosismo, desorganización conductual, discurso incoherente y alucinaciones auditivas.

Antecedentes personales:

En cuanto a sus antecedentes somáticos, no presenta alergias medicamentosas conocidas ni consumo de tóxicos. Su calendario vacunal está acorde a la edad. Es alérgica al cromo y tiene diagnóstico de dermatitis atópica. Es portadora de la microdelección 1q21.1, por la cual tiene seguimiento en múltiples especialidades médicas; entre las más relevantes, inicia seguimiento a los dos años con neurología por crisis epilépticas de petit mal y de ausencia y, posteriormente, mioclónico-astáticas, en tratamiento con valproato y lamotrigina hasta los cinco años, cuando se retira el tratamiento, sin haber presentado nuevas crisis. Fue también diagnosticada de escoliosis a los once años, en tratamiento con corsé hasta los catorce, precisando de intervención quirúrgica a esa edad. Padece de miopía.

En cuanto a los antecedentes en salud mental, tiene un primer contacto puntual a los catorce años en consultas de psicología en circuito privado por dificultades en la relación con iguales. Con quince años, inicia seguimiento en consultas de psiquiatría al presentar sintomatología psicótica. Pautaron tratamiento con mala evolución a pesar de tratamiento con paliperidona y risperidona y necesidad de hospitalización.

Antecedentes familiares:

Su padre padeció corea minor a los trece años y ha iniciado varias psicoterapias que no ha finalizado por diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Los padres no relatan otros antecedentes de interés. No se han realizado pruebas genéticas a los familiares de primer grado.

Historia del desarrollo y estructura familiar:

Embarazo gemelar controlado, sin incidencias. La pa-

ciente fue la primera en nacer por parto eutócico a término, sin embargo, su hermano precisó de cesárea. No hubo signos de sufrimiento fetal, mientras que su hermano sí necesitó incubadora, aunque sin repercusiones posteriores. El peso al nacer fue de 2360 gramos. La lactancia fue mixta hasta los cuatro meses, sin problemas posteriores en la introducción de alimentos. Presentó dificultad para conciliar el sueño en la infancia. La deambulación se inició a los dos años. Existió un retraso en la adquisición del lenguaje, no iniciándose hasta pasados los dos años, sin necesidad de logopeda. El control de esfínteres se produjo a los cuatro años. La crianza fue compartida materna y paterna. Acudió a la guardería desde el año y medio, con dificultades en la adaptación escolar debido al retraso madurativo presentado. Repitió tercero de educación infantil con cinco años y tuvo adaptación curricular durante toda la etapa de educación primaria. Con el paso a educación secundaria no ha necesitado de adaptación y ha finalizado tercero de educación secundaria con un rendimiento académico adecuado. Según informes del centro académico, a los trece años presentaba una capacidad intelectual media, mientras que en un informe previo a los nueve años se recogía un CI total de 74, un perfil atencional bajo, problemas en el aprendizaje y las habilidades sociales y retraso madurativo. A nivel social tiene escasas relaciones con iguales y no ha tenido parejas estables conocidas. Realiza actividades extraescolares de música y natación. Presentó la menarquia a los trece años, con ciclos irregulares desde entonces. Actualmente vive con sus padres y su hermano mellizo. Su madre, de 56 años, trabaja como profesora. Su padre, de 66 años, esta prejubilado desde los 59 años. Existen buenas relaciones intrafamiliares.

Historia de la enfermedad actual:

Los padres relatan que un año atrás, a sus catorce años, la paciente comenzó a verbalizar que “oía de más”, comentario al que no le dieron importancia a pesar de la reiteración de esta queja. Refieren que el cambio a la educación secundaria fue complicado para ella, ya que nunca ha tenido grupo de amigos, se encuentra aislada socialmente, dice haber sufrido una situación de acoso escolar mediante comentarios hirientes para ella y han aumentado las exigencias académicas, siéndole difícil mantener el rendimiento al que solía estar acostumbrada. En los últimos meses de colegio antes del verano comenzó a comentar que sus compañeros, cuando estaban reunidos en

grupo, se ponían a hablar sobre ella, afirmando que oía como le decían “esa está loca, es lesbiana, es puta”. Su actitud de suspicacia permaneció tras finalizar las clases, poniéndose a vigilar por la ventana de su cuarto para ver si la gente por la calle rumoreaba de ella como sentía que habían hecho sus compañeros. Igualmente, cuando iba por la calle en ocasiones se quedaba mirando a algún transeúnte con la convicción de que se fijaban demasiado en ella, provocando todo ello una tendencia al aislamiento. En este contexto comenzó a verbalizar escuchar voces descalificadoras e insultantes en su cabeza que le hacen los mismos comentarios que creía oír por parte de sus compañeros y a quienes acaba contestando pidiendo que desaparezcan. Estas conversaciones con las voces que escucha se convirtieron en algo habitual en el domicilio, provocando la preocupación de sus padres junto con una acentuación de la situación de aislamiento y una problemática de insomnio global que comenzó a presentar durante un viaje que hizo a la playa con toda la familia y que persistió a su regreso al domicilio habitual. La paciente afirma que toda esta situación le ha generado gran angustia, con imposibilidad para conciliar el sueño y deterioro evidente en su funcionamiento global.

A la vuelta del viaje a la playa inició seguimiento en consultas de psiquiatría y se inició tratamiento farmacológico con risperidona y, posteriormente, paliperidona, apareciendo efectos secundarios extrapiramidales graves que obligaron a la retirada de la medicación. La imposibilidad de un adecuado control ambulatorio, así como el agravamiento sintomatológico presentado, con la adición a los síntomas ya descritos de una desorganización del pensamiento y el lenguaje y una desorganización conductual llevaron a los padres a acudir al Servicio de Urgencias del hospital, desde donde la paciente acaba ingresando en la Unidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Exploración psicopatológica:

Consciente y orientada globalmente. Abordable y colaboradora. Lenguaje espontáneo y fluido. Discurso desorganizado, reiterativo y perseverante. Impresiona de dificultades cognitivas leves. Angustia psicótica. No se aprecia semiología afectiva mayor. Autorreferencialidad. Ideación delirante de perjuicio, interpretaciones delirantes, todas en base a que la gente rumorea de ella y se reúne para insultarla. Alucinaciones auditivas con repercusión emocional y conductual. Soliloquios. No risas inmotivadas ni bloqueos del pensamiento. Desor-

ganización conductual. No ideación ni planificación suicida. No auto ni heteroagresividad. Apetito conservado. Insomnio global. Nula conciencia de enfermedad. Juicio de realidad mermado.

Pruebas complementarias:

Hemograma y bioquímica general sin alteraciones relevantes, con hormonas tiroideas en rango normal. Prueba de embarazo negativa. Tóxicos en orina únicamente positivos para benzodiazepinas. Pruebas de neuroimagen y electroencefalograma sin hallazgos relevantes. Electrocardiograma sin alteraciones significativas. Se realizan interconsultas a Medicina del adolescente y Genética para valoración somática y orientación a la paciente y a los padres.

Evolución:

Desde el inicio del ingreso la paciente se mostró adaptada y adecuada a las normas de la planta, aunque con dificultades iniciales durante las entrevistas por la desorganización en su discurso, influido por la clara sintomatología psicótica presente. Desde las primeras entrevistas se evidenció semiología productiva con alucinaciones auditivas, ideación delirante de referencia y de perjuicio en torno a la posibilidad de que los compañeros del colegio estén hablando constantemente de ella para humillarla e interpretaciones delirantes ante cualquier sonido o ruido que escuchaba y del que asumía que eran murmullos de gente que estaba hablando de ella. Describía una situación previa de acoso escolar en el que algunos compañeros de clase le hacían comentarios hirientes y que suponían una angustia importante para ella. Sintomatológicamente presentaba también soliloquios que justificaba al intentar responder a las voces con el objetivo de que cesaran. Negaba otro tipo de ideación delirante y no se objetivaron otros síntomas psicóticos.

A nivel farmacológico, ante los efectos secundarios causados por los tratamientos con risperidona y paliperidona, se inició tratamiento con aripiprazol sin problemas graves de tolerancia, aunque sí preciso de biperideno por la presencia de síntomas extrapiramidales en forma de temblor distal de manos.

Tras una mejoría inicial parcial con disminución de la desorganización conductual y del pensamiento, se favoreció la integración de la paciente en las actividades propias de la sala y en los espacios comunes, sin presentar

en ningún momento problemas de manejo, manteniendo correctas relaciones con los compañeros y con el personal sanitario.

Con la remisión progresiva de la clínica psicótica, la paciente fue capaz de realizar crítica de algunas de las ideas previamente manifestadas, entendiendo las mismas como síntomas de su enfermedad, aunque impresionando también de persistir cierta minimización de la misma, con una conciencia parcial de enfermedad, aunque mejor que la presentada al inicio del ingreso. No obstante, persistieron, aunque en menor intensidad y con menor frecuencia, las alucinaciones auditivas. En este sentido, fue capaz de identificar las voces también como un síntoma más, pero mantuvo soliloquios con ellas porque sentía que así era capaz de controlar mejor su presencia. A lo largo del ingreso se acaba regulando también el sueño, siendo este otro foco que se trabaja con ella como parte indispensable de sus cuidados futuros.

Se trabaja con la paciente y la familia las características del episodio psicótico, la conciencia de enfermedad y la probable relación del episodio actual con su condición genética de base. Ante la mejoría clínica, constatada también por los padres, se logra reincorporar a la paciente a su entorno habitual, con un retorno al domicilio y a sus actividades habituales sin que presente reagudización de la sintomatología productiva ni desorganización conductual y regulado el ciclo del sueño.

Juicio diagnóstico:

Trastorno esquizofreniforme (F20.8), según criterios diagnósticos de la clasificación CIE-10.

Tratamiento:

Se instauró tratamiento farmacológico con aripiprazol 20mg/día, clorazepato dipotásico 5mg/día y biperideno 4mg/día y se integró grupos psicoterapéuticos abiertos durante la hospitalización. Igualmente, se trabajaron elementos psicoeducativos con ella y con la familia. De cara al alta, se coordinó con los recursos ambulatorios la necesidad de un dispositivo de Hospital de Día.

DISCUSIÓN

Debido a la gran variedad de manifestaciones descritas en la microdelección 1q21.1, que abarca desde individuos asintomáticos a pluripatología severa, es necesario realizar un abordaje multidisciplinar de estos pacientes

en los que se incluyan tanto las valoraciones por diversos médicos especialistas como las pruebas complementarias para confirmar o descartar la afectación de los órganos o sistemas que pueden verse alterados debido a dicha alteración cromosómica.

En este caso, la paciente había acudido durante su infancia a consultas de pediatría, endocrinología, cardiología, oftalmología, traumatología y neurología, en las cuales se había realizado un correcto despistaje de sintomatología asociada con dicha microdelección y se habían tratado y seguido las enfermedades presentadas según lo requerido en cada caso.

Durante su desarrollo madurativo surgieron dificultades debido al retraso en la adquisición de los hitos del desarrollo y problemas en la adaptación al entorno escolar por las que fue necesario aplicar medidas adicionales para lograr los objetivos acordes a su edad, siendo finalmente capaz de conseguirlo, pero persistiendo dificultades en las relaciones sociales con iguales. Es en torno a este contexto donde aparecieron síntomas compatibles con un episodio psicótico, para el cual hay que considerar tanto la propia vulnerabilidad biológica de la paciente como la situación de múltiples estresores vivenciados (acoso escolar, aislamiento social y aumento de las exigencias académicas, fundamentalmente).

En el abordaje inicial del cuadro presentado tan importante fue objetivar y tratar la clínica psicótica como realizar un despistaje multiorgánico de otras patologías debido a la condición genética de la paciente, pudiendo descartar en ese momento una afectación somática aguda. En lo que respecta al tratamiento de la psicosis, durante el ingreso se combinó el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico y se aportó consejo genético en consulta especializada tanto a la paciente como a sus padres. Debido a las complicaciones farmacológicas surgidas con anterioridad, se combinó la dosis mínima eficaz de neuroléptico con intervenciones psicológicas destinadas al reconocimiento de los síntomas, la formación de una narrativa propia del episodio vivido y la adquisición una mayor conciencia de enfermedad. La paciente se mostró implicada en el tratamiento en todo momento y, pese a persistir alucinaciones auditivas de menor intensidad, tuvo una patente mejoría clínica a la que también contribuyó la buena adherencia terapéutica de la paciente y el trabajo y compromiso realizado por parte de sus padres.

CONCLUSIONES

La microdelección 1q21.1 es una alteración cromosómica infrecuente en la cual se ven afectados multitud de genes, lo que puede traducirse en una amplia variedad de alteraciones fenotípicas.

Hay pocos casos descritos en los que los pacientes afectos presenten síntomas psicóticos, a pesar de lo cual sí que se encuentra una relación directa entre la microdelección y el aumento del riesgo de psicosis. Por este motivo, es importante conocer las diversas manifestaciones clínicas y asociaciones con otras patologías para poder ofrecer un correcto abordaje multidisciplinar que incluya a las diferentes especialidades para descartar afectación a otros niveles.

De la misma manera, en caso de iniciarse el cuadro con alguno de los síntomas somáticos descritos con anterioridad, se debería tener en cuenta que en su evolución pueden aparecer problemas en el neurodesarrollo y trastorno mental grave, teniendo por tanto que hacer énfasis en el seguimiento estrecho de estos pacientes para facilitar un diagnóstico precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mefford HC et al. Recurrent Rearrangements of Chromosome 1q21.1 and Variable Pediatric Phenotypes. *N Engl J Med* 2008; 359 (16): 1685–1699.
2. Haldeman-Englert CR, Jewett T. 1q21.1 Recurrent Microdeletion. *GeneReviews* [Internet]. Last Update: November 12, 2015.
3. Busè M, Cuttaia HC, Palazzo D, Mazara MV, Lauricella SA, Malacarne M, Pierluigi M, Cavani S, Piccione M. Expanding the phenotype of reciprocal 1q21.1 deletions and duplications: a case series. *Ital J Pediatr* 2017; 43 (1): 61.
4. International Schizophrenia Consortium. Rare chromosomal deletions and duplications increase risk of schizophrenia. *Nature* 2008; 455 (7210): 237–41.
5. Rees E, Walters JT, Georgieva L et al. Analysis of copy number variations at 15 schizophrenia-associated loci. *Br J Psychiatry* 2014; 204 (2): 108–14.
6. Stefansson H et al. Large recurrent microdeletions associated with schizophrenia. *Nature* 2008; 455 (7210): 232–6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

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

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

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

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

1.-Artículos Originales

Se consideran tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de la 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. Están citadas en el texto en su lugar correspondiente.

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

Bibliografía

Las referencias bibliográficas se presentarán todas la final del manuscrito, se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que utilizará en el texto (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 (Tsyovich 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