

S
U
M
A
R
I
O

EDITORIAL

Cambios en la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*

Inmaculada Baeza..... 3

ARTICULO DE REVISIÓN

Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia

J. Salavert Jiménez, A. Clarabuch Vicent y M. Trillo Garrigues..... 4

ARTICULO ORIGINAL

Análisis de las diferencias en la atención a la Salud Mental del Niño y Adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos.

C. González López, M. Barrera Escudero, I. María Cano Montes y I. Díaz Pérez..... 20

Rasgos de personalidad en adolescentes farmacodependientes de los centros Casa de la Niñez 2, centro Pumamaqui en la ciudad de Quito y CETAD de Otavalo – 2017

R. Acosta Hernández, M. Sanango Jara, F. Carrión Suárez y H. Pereira Olmos 31

CASO CLÍNICO

Implicaciones psicopatológicas en un caso de discinesia ciliar primaria (Síndrome de Kartagener)

A.C. Rodrigo Gutiérrez, O.V. González Aduna y M.F. Briebe Rodrigo..... 41

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 48

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2019;36(1)



Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza Pertegaz
(direccion.revista@aeponya.org)

Secretaría

Paloma Varela Casal
(secretaria.revista@aeponya.org)

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Carballo Belloso
Enrique Ortega García
Antonio Pelaz Antolín
Rafael de Burgos Marín
Francisco Ruiz Sanz
Francisco Díaz Atienza
Isabel Hernández Otero
Oscar Herreros Rodríguez
Covadonga Martínez Díaz-Caneja
Francisco Montañés Rada
Carmen Moreno Ruiz
Soraya Otero Cuesta
Helena Romero Escobar
Pedro Manuel Ruíz Lázaro
José Salavert Jiménez

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno Parcillos

Vice-presidente: José Ángel Alda Díez

Secretario: Carlos Imaz Roncero

Tesorera: Beatriz Payá Gonzalez

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro García

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio Morell

Vocales: Rafaela Caballero Andaluz,

C. Pilar Baos Sendarrubias y Kristian Naenen Hernani

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Vélilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

J. Castro Fornieles

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Indizada en Academic Search Premier, Fuente

Academica Plus Evaluada en LATINDEX.

Catálogo v1.0 (2002 - 2017), CARHUS

Plus+ 2018

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en
la C/Santa Isabel nº51, inscrita en el Registro

Nacional de

Asociaciones, con el número 7685,

Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aeponya.org

Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B,
15005 La Coruña, España

2019. Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Esta obra se encuentra bajo Licencia Creative Commons
CC BY-NC-ND 4.0

Esta publicación sigue los lineamientos definidos por
COPE (<https://publicationethics.org/>)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Publicación trimestral

Soporte Técnico:

Journals &
Authors
soluciones en publicaciones científicas

Medellín, Colombia

Tel.: (+57) 316 7322347

www.jasolutions.com.co

Inmaculada Baeza

Directora de la Revista de Psiquiatría
infanto-juvenil
direccion.revista@aepnya.org

*CAMBIOS EN LA REVISTA DE
PSIQUIATRIA
INFANTO-JUVENIL*

3

Los cambios tecnológicos que afectan a nuestra sociedad han hecho mella en el 2019 en la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil. De ahí que se haya dejado de lado la edición de la revista en papel para pasar a tener una revista electrónica, en la que los trabajos científicos presentados sean fácilmente accesibles mediante las nuevas tecnologías, tanto en el momento de su publicación como en búsquedas posteriores. Este avance ha implicado otro cambio que ha tenido lugar en nuestra revista: el pasar a enviar artículos para valorar su publicación a través de una plataforma “online” vía la página web <http://www.apenya.eu>, la misma en la que se pueden leer los números trimestrales; y ha coincidido con el recambio en el equipo editorial, dando el relevo al director Óscar Herreros y la mayor parte de sus colaboradores.

Todas estas modificaciones pueden resultar difíciles de asimilar en un principio, pero estamos convencidos de que serán ventajosas en poco tiempo: facilidad para enviar artículos, para realizar el proceso de revisión por pares de los manuscritos, para leer la revista en cualquier momento o lugar, etc. Con todo ello queremos apostar, además, por internacionalizar la revista, indexarla en las bases de datos internacionales y conseguir que la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil sea un referente en lengua castellana para publicar artículos originales, revisiones y casos clínicos interesantes para la comunidad. Esperamos que entre todos podamos conseguir estos objetivos para esta, nuestra revista.

En este número podemos leer una exhaustiva revisión sobre el trastorno dismórfico corporal, un trastorno que afecta a un porcentaje creciente de adolescentes y su diagnóstico puede mejorar

el pronóstico de forma significativa, así como un estudio comparativo de los planes estratégicos de las diferentes comunidades autónomas españolas sobre la atención de la Salud Mental en la población de niños y adolescentes. Además, se presenta un estudio realizado en Ecuador sobre los rasgos de personalidad de adolescentes consumidores de alcohol y otras sustancias atendidos en centros de rehabilitación. Y el caso clínico en esta ocasión versa sobre una enfermedad respiratoria poco común, la discinesia ciliar primaria, y sus consecuencias psicológicas y abordaje terapéutico. Espero que el número les resulte interesante y útil.

J. Salavert Jiménez^{1,2}
A. Clarabuch Vicent¹
M. Trillo Garrigues²

1. Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ) de Horta-Guinardó. Área de Salud Mental. Hospital Sant Rafael. Universitat Autònoma de Barcelona, U.D. Vall d'Hebron. Barcelona.
2. Centro AVANZA. Barcelona.

Correo electrónico: 36776jsj@comb.cat

Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia

Body Dysmorphic Disorder: a systematic review of a disorder typical in adolescence

RESUMEN

Introducción: El Trastorno Dismórfico Corporal es un trastorno propio de la adolescencia, poco conocido y poco tenido en cuenta en la clínica diaria con niños y adolescentes, lo que demora el diagnóstico y empeora el pronóstico.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática práctica para el clínico infanto-juvenil, con una búsqueda electrónica en las principales bases de datos junto a una búsqueda manual en revistas y tratados especializados.

Resultados: El trastorno es muy común, con prevalencias del 1,7 al 2,5%. Dos terceras partes de los casos se inician en la adolescencia y una edad de inicio más temprana se asocia a mayor probabilidad de comorbilidad a lo largo de la evolución y a un mayor riesgo suicida. Se trata de un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo que implica preocupaciones persistentes por uno o más defectos físicos percibidos y que no son observables por otras personas, así como comportamientos compulsivos en respuesta a dichas preocupaciones. La vergüenza y el miedo al rechazo promueven que el adolescente no explique sus síntomas y es muy habitual la demora de años en el diagnóstico, que si llega a establecerse, lo hace por lo general en la edad adulta. El curso es crónico y en

caso de no diagnosticarse, el pronóstico será pobre con frecuente aislamiento social y deterioro funcional. Un diagnóstico correcto y a tiempo mejorará mucho la evolución, tratándose de un trastorno que responde bien a los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos.

Conclusión: Conocer el trastorno dismórfico corporal es muy importante para diagnosticarlo a tiempo en el adolescente, lo cual mejorará el pronóstico de forma clara.

Palabras clave: Trastorno dismórfico corporal, epidemiología, etiopatogenia, clínica, tratamiento.

ABSTRACT

Introduction: Body Dysmorphic Disorder is a disorder of adolescence, not enough known and not always taken into account by child and adolescent clinicians, which delays diagnosis and worsens its prognosis.

Methods: We aimed to carry out a practical systematic review for clinicians working with adolescents, by means of an electronic search using the main databases, along with a manual search in journals and specialized textbooks.

Results: The disorder is very common, with prevalences of 1.7 to 2.5%. Two thirds of cases begin in

adolescence and an earlier age of onset is more likely to be associated with comorbidity throughout the course of the disease and with an increased suicide risk. It is a disorder of the obsessive-compulsive spectrum that involves persistent concerns about one or more perceived physical defects that are not observable by others, as well as compulsive behaviors in response to those concerns. The shame and the fear of rejection prevent adolescents from explaining their symptoms and a delay of several years to diagnosis is very usual, with most of the diagnoses established in adult age, if they are ever reached. The course is chronic and if not diagnosed, the prognosis will be very poor, with frequent social isolation and functional deterioration. A correct diagnosis at an appropriate time will greatly improve clinical course as it is a disorder that responds well to both pharmacological and psychological treatments.

Conclusion: Adequate knowledge of Body Dysmorphic Disorder in the adolescent is very important to diagnose it in time, which will improve prognosis very considerably.

Keywords: Body dysmorphic disorder, epidemiology, etiopathogenesis, clinical features, treatment.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo de revisión es presentar de un modo riguroso pero práctico para el clínico que trabaja con niños y adolescentes, el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), un trastorno propio de la adolescencia, al que se ha dedicado mayor interés por parte de grupos de investigación en los últimos 20 años, pero que pese a ello, sigue siendo poco conocido y poco tenido en cuenta en la clínica diaria con niños y adolescentes, lo que implica demoras en el diagnóstico y de forma consecuyente un peor pronóstico en los pacientes que lo presentan. De forma sorprendente, sigue siendo poco común que se contemple en los tratados de psiquiatría infantojuvenil, donde es habitual que no se dedique un apartado al TDC, lo cual no sucede en los tratados de psiquiatría del adulto.

Descrito inicialmente por Enrico Morselli a finales

del siglo XIX bajo el término de dismorfofobia (de dis-, y del gr. morphé, forma), este médico y antropólogo italiano hizo hincapié en el sentimiento subjetivo de fealdad que el paciente consideraba perceptible por terceros y al intenso temor y preocupación que ello le generaba, pese a que su aspecto estuviese dentro de los límites de la normalidad (1). Más de una década después Pierre Janet apuntó a la naturaleza obsesiva de la idea dismorfofóbica, describiendo la obsesión en estos pacientes por la vergüenza del propio cuerpo (2). No fue hasta la década de los 70 del siglo pasado en que se estableció de forma más específica el concepto de TDC tal y como lo han venido recogiendo las más recientes clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales y que se basa en una preocupación persistente por una presunta deformación que causa ansiedad y conlleva conductas repetitivas de comprobación que generan aún mayor malestar, interfiriendo en el funcionamiento en la vida diaria del paciente (3). Como veremos a lo largo del presente trabajo, el TDC es un trastorno común y típico de la adolescencia pero que por lo general no se identifica en esta etapa de la vida, pudiendo de forma habitual evolucionar a la cronicidad, ensombreciendo el funcionamiento social y la calidad de vida y asociándose también a un alto riesgo de suicidio en los individuos afectados.

MÉTODOS

La presente revisión se realizó mediante búsqueda electrónica de artículos relacionados con el TDC, en las principales bases de datos (PubMed, Scopus, EMBASE, PsycINFO y Web of Knowledge). No se restringió por tipo de artículo, empleándose como trabajos elegibles aquellos centrados en población infantil, adolescente y adulta, cubriendo los siguientes conceptos de búsqueda: “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y epidemiología”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y prevalencia”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y etiopatogenia”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y diagnóstico”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y comorbilidad”, “trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y clínica”,

“trastorno dismórfico corporal ó dismorfofobia y tratamiento”. Se incluyeron artículos que estuvieran escritos en inglés. La búsqueda en las bases de datos se realizó hasta enero de 2018, manteniéndose también una búsqueda manual permanente de artículos relevantes y de manuales de referencia hasta septiembre de 2018.

RESULTADOS

97 artículos se incluyeron en la revisión (ver diagrama de flujo).

EPIDEMIOLOGÍA

El TDC es un trastorno muy común, sobretodo en sus

formas menos graves, sin apenas diferencias de género y descrito a nivel mundial, con prevalencias que oscilan entre 1,7-2,5% en muestras de población general; hasta un 15% en unidades de ingreso psiquiátricas; de 10 a 40% en consultas de psiquiatría; y de 8 a 53% en consultas de dermatología, cirugía plástica o cirugía maxilofacial (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13). Se trata de un trastorno típico de la adolescencia aunque lamentablemente es más habitual que se diagnostique en la edad adulta (5). Dos terceras partes de los casos se iniciarán en la adolescencia, con presentación de síntomas subclínicos de forma habitual desde los 12 años, clínica ya más evidente sobre los 14 años y criterios del trastorno claramente establecidos desde los 16 años como patrón habitual. El inicio es normalmente gradual, aunque algunos individuos

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos

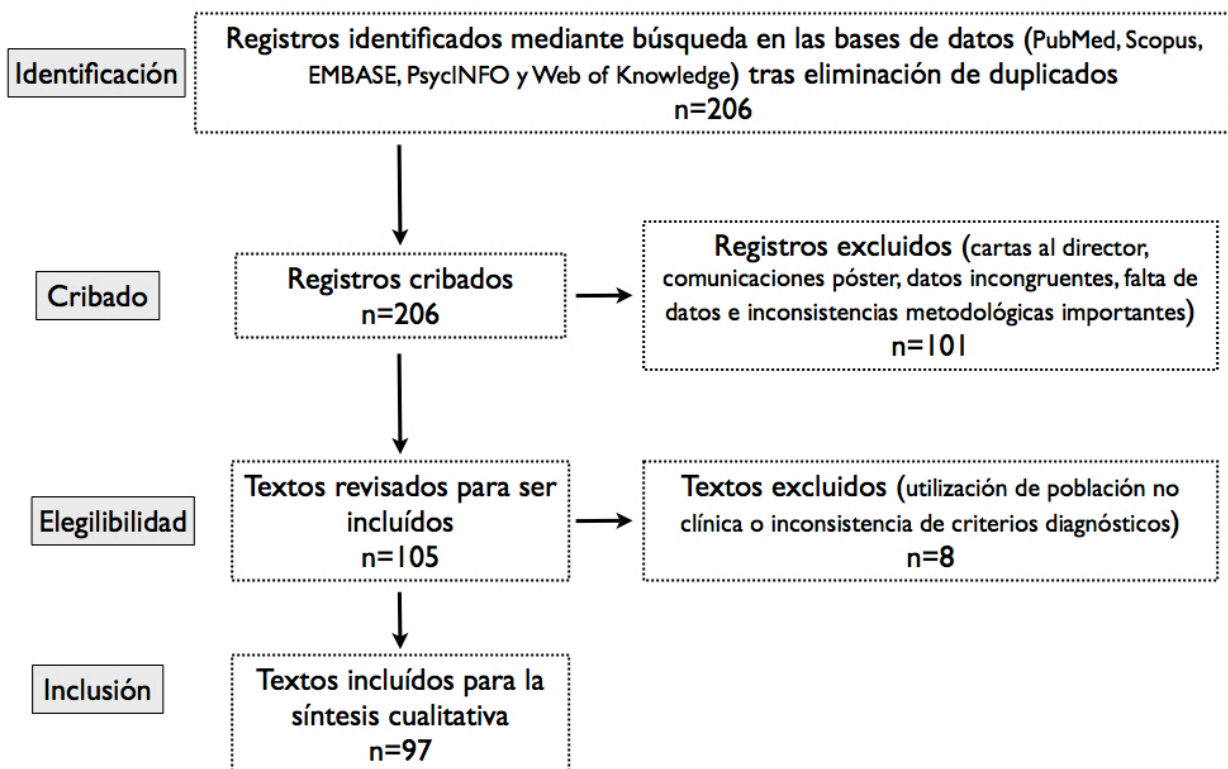


Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Fuente: elaboración propia.

afectos pueden experimentar un inicio abrupto del trastorno, habitualmente los que conforman el tercio de pacientes en los que la enfermedad se inicia en la edad adulta (11) (14) (15). Una edad de inicio más temprana implica una mayor probabilidad de comorbilidad a lo largo de la evolución y un mayor riesgo de tentativas suicidas (16) (17).

La preocupación por la imagen corporal es muy común en el adolescente, de hecho hay estudios que demuestran que entre las circunstancias y situaciones que causan preocupación a los adolescentes, tener un físico poco atractivo es la más frecuente, por delante de otras circunstancias propias de la adolescencia como la preocupación por las amistades, el rechazo por parte del grupo, la separación del hogar familiar, la falta de intimidad, etc. (18). La preocupación dismórfica sin grado de idea dismorfofóbica, que implica una hiperpreocupación por ciertos aspectos de la apariencia física, se observa hasta en un 25% de los adolescentes, tratándose de un rasgo con una heredabilidad del 44%, es decir, que un 44% de la varianza de la presentación de este tipo de preocupaciones se explica por factores genéticos (14) (19). La adolescencia implica el tránsito de la identidad infantil a la identidad adulta; y la identidad se asienta en el cuerpo, un cuerpo que cambia de forma mucho más rápida en esta etapa de la vida de lo que se tarda en perder la identidad infantil a nivel cognitivo y emocional, emergiendo nuevos aspectos físicos que provocan sentimientos de vergüenza ante la posibilidad de decepciones frente a la apariencia que el adolescente espera (20). Se trata pues de una etapa de muy alta sensibilidad al propio aspecto y por tanto de especial vulnerabilidad para la psicopatología relacionada con las preocupaciones por la imagen y la apariencia, muy mediatizadas por el sentimiento de vergüenza (5) (7). Pese a tratarse de un trastorno de inicio en la adolescencia, existe una sorprendente falta de detección del TDC en esta etapa, con una importante brecha temporal entre la edad de inicio y la edad al diagnóstico (que por lo general no es antes de los 20-30 años), atribuyéndose esta falta de identificación, principalmente a la

tendencia a la negación del clínico (que puede tender a atribuir las preocupaciones por la apariencia a aspectos propios de la adolescencia) y por otra parte, al propio sentimiento de vergüenza por los síntomas en el adolescente, sentimiento que le llevará a no pedir ayuda por miedo al rechazo, a sentirse juzgado o a no ser entendido (5) (7) (8) (9) (11) (15) (21).

Cabe destacar el alto riesgo de suicidio asociado al TDC (de 6 a 45 veces mayor al de la población general), especialmente en adolescentes (5) (9). La presentación de ideación suicida a lo largo de la evolución del TDC se cifra hasta en el 80% de pacientes y los intentos de suicidio hasta en un 25%, siendo frecuente la repetición de tentativas (22) (23). Las vías comunes de llegada al suicidio se atribuyen principalmente a la ideación dismorfofóbica en sí misma y a la alta comorbilidad con otros trastornos que se relacionan a su vez con el suicidio como el trastorno depresivo mayor (TDM) (17) (23). Para concluir con la relación con el suicidio, hay que acentuar que la adolescencia se encuentra entre los factores de riesgo más relacionados con el suicidio en el TDC; estos factores de riesgo son: 1) ser adolescente; 2) inicio del trastorno en la adolescencia; 3) gravedad de los síntomas; y 4) comorbilidad (principalmente con TDM y trastorno por uso de sustancias (TUS)) (11) (16) (22).

Para finalizar, hay que destacar también la frecuente asociación de antecedentes de trauma en la infancia y la adolescencia descritos en sujetos con TDC, habiéndose reportado más incidencia de acoso escolar y de malos tratos (tanto de carencia afectiva, negligencia y abandono como de abuso emocional, físico y/o sexual), así como niveles más bajos de cuidados parentales percibidos entre estos pacientes (24) (25) (26) (27). Se trata no obstante de datos extraídos de estudios que en su mayoría no confirman la fiabilidad del abuso de forma rigurosa, debiendo también tenerse en cuenta como posible fuente de error que los pacientes con TDC tienden a presentar personalidades más sensibles al rechazo, pudiendo producirse un sesgo de memoria por recordar más las experiencias negativas de su infancia y adolescencia.

En resumen, un enfoque epidemiológico actualizado del TDC nos muestra que se trata de un trastorno común, típico de la adolescencia y que no se identifica suficientemente en esta etapa de la vida, con un alto riesgo de suicidio asociado y que se ha relacionado con antecedentes de trauma infantojuvenil.

ETIOPATOGENIA

El encuadre nosológico del TDC ha ido variando desde su descripción inicial, con una evolución en su conceptualización, desde una caracterización como forma de neurosis fóbica que implicaría un aspecto parcial de la imagen corporal (como por ejemplo la nariz o el pelo), pasando posteriormente a enmarcarse como un tipo de trastorno somatomorfo crónico que implicaría síntomas somatognósicos y resistencia del enfermo a aceptar el origen psicológico y emocional, hasta llegar a la presentación actual como un trastorno relacionado con el espectro obsesivo-compulsivo, con temática obsesiva centrada en la propia imagen. Los fundamentos de dicho encuadre actual dentro del grupo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo y trastornos relacionados, tal y como lo recogen las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales DSM-5 (15) y CIE-11 (28), son principalmente: 1) de base genética (se ha observado una mayor prevalencia de TDC en familiares de primer grado de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), habiéndose descrito también genes compartidos con el TOC) (29) (30), 2) de base psicopatológica (se trata de un trastorno que guarda muchas semejanzas con la psicopatología del TOC) (31) (32) (33) (34) (35) y 3) de respuesta terapéutica (al igual que el TOC, la respuesta terapéutica al tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) es alta) (36). No obstante, pese a que la nosología actual conceptualice el TDC dentro del grupo del espectro obsesivo-compulsivo, siguen existiendo lagunas suficientes en el conocimiento, principalmente de las bases biológicas compartidas con otros trastornos del espectro, para continuar investigando en este campo (37).

En el plano neuropsicológico, se han observado sesgos atencionales y a nivel de procesamiento visual, consistentes concretamente en una sobrefocalización de la atención en los detalles en pacientes con TDC, junto a una merma en las estrategias de procesamiento de aspectos más globales de la imagen, pero no sólo para las caras, sino también para otros objetos, así como una tendencia a la sobrevaloración de señales de amenaza en las interacciones sociales y de la importancia del atractivo físico (30) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45). Los pacientes con TDC presentan por tanto una alteración de la somatognosia consistente en deformar la percepción de la propia imagen por una hipersensibilidad ante los estímulos relacionados con la apariencia (30). Los estudios de imagen cerebral realizados hasta la fecha han mostrado resultados poco consistentes, pero cabe destacar como hallazgo más interesante a nivel de neuroimagen funcional, la observación de hiperactividad en los circuitos córtico-subcorticales, propios de la activación y mantenimiento de las obsesiones, así como hipoactividad en zonas del córtex occipital, que los investigadores relacionan con las anomalías perceptivas previamente descritas (30) (43) (46).

Existirían por tanto elementos comunes con el TOC en relación a los bucles de hiperactividad neural córtico-subcortical que activan la urgencia obsesiva, la sensación de malestar y la ansiedad, así como con otros trastornos del esquema corporal, en relación a anomalías en la percepción de la imagen, como es el caso de otras patologías frecuentes en la adolescencia como la anorexia (47).

Otros factores que se han relacionado con el TDC son de ámbito psicológico y sociofamiliar. Se trata en estos casos de correlaciones o tendencias sin poder llegar a afirmar que se trate de claros factores de predisposición para el TDC a la luz de los estudios de los que disponemos. Se han descrito en concreto rasgos de personalidad premórbida en la línea del neuroticismo, la sobrereactividad emocional y la hipersensibilidad a la crítica y al rechazo, el perfeccionismo, la baja extraversión, la baja autoestima

y pobre asertividad; la disposición a la desesperanza y la hipocondría; así como la propensión al asco (48) (49) (50) (51) (52) (53). En cuanto al entorno social, a nivel de atmósfera familiar se ha descrito mayor presencia de tensiones familiares, énfasis parental en el perfeccionismo e inclinación a las burlas sobre el aspecto físico en la familia; a nivel sociocultural, los modelos de perfección corporal, muchas veces difundidos de forma constante desde los medios de comunicación, se han convertido en un elemento de importante preocupación para muchos adolescentes, pudiendo también favorecer el trastorno (48) (54).

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La clínica del TDC se basa, tal y como recogen de forma actualizada las clasificaciones DSM-5 y CIE-11, principalmente en:

A) La presentación de:

1) Una preocupación persistente por uno o más defectos o imperfecciones percibidas en la apariencia o aspecto físico que no son observables o lo son apenas para otras personas (15) (28). Los pacientes pueden verse desde feos o poco atractivos a francamente anormales y desfigurados; los defectos percibidos pueden afectar a una o varias zonas del cuerpo, siendo las más habituales la piel, el pelo o partes de la cara como la nariz; la preocupación por los defectos percibidos consume mucho tiempo (más de una hora al día como mínimo y de 3 a 8 horas de media) y es de difícil control (14) (15) (55) (56).

2) Comportamientos o actos mentales excesivos y repetitivos en respuesta a la preocupación por la apariencia física (15) (28). Llevan mucho tiempo al individuo (más de una hora/día como mínimo) y a diferencia de las obsesiones en el TOC, suelen aumentar la ansiedad y la disforia; los más habituales son: 1) la comprobación por observación directa o frente al espejo, o bien tocando (hasta en un 90% de pacientes), 2) la disimulación o camuflaje del defecto mediante p.e. bronceado, ropa, e incluso excoriaciones en la piel (hasta en un 90% de individuos afectados), 3) la comparación de los aspectos físicos con otros individuos (hasta en el 90% de pacientes), 4) el excesivo

acicalamiento o arreglo personal (en más del 50% de individuos afectados), y 5) la búsqueda de afirmaciones tranquilizadoras de terceras personas (en más del 50% de pacientes) (14) (55) (56).

3) Malestar y deterioro clínicamente significativos como consecuencia de los síntomas, con afectación de diferentes áreas de la funcionalidad: personal, socio-familiar, educacional y ocupacional (15) (28). En adolescentes es importante destacar aquí la evitación social, principalmente por miedo a que otros vean sus “deformidades”, miedo al rechazo y al ridículo, que implicarán dificultades de habilidad social y afectarán negativamente a la asistencia al centro escolar, empeorando la calidad de vida de forma correlativa a la gravedad clínica y en un nivel incluso mayor que en adolescentes afectados de depresión o de TOC (14) (55) (56) (57) (58).

B) La necesidad de excluir un Trastorno de la Conducta Alimentaria que explique mejor la preocupación por el aspecto, de forma concreta por el volumen corporal o el peso (15) (28), así como las preocupaciones normales o justificadas por la apariencia y el trastorno de ansiedad por enfermedad o de distrés corporal (28), donde se muestra preocupación de que determinados síntomas físicos de base psicológica, sean indicativos de una enfermedad grave, incluso no existiendo ninguna evidencia médica a favor.

C) La especificación del grado de gravedad. Ambas clasificaciones, DSM-5 y CIE-11, requieren de la especificación del grado de introspección o conciencia de enfermedad. Esto es muy pertinente ya que en el TDC, el grado de introspección es habitualmente pobre (hasta en el 70% de sujetos), adoptando como forma psicopatológica más común del contenido del pensamiento, la idea sobrevalorada (59). Es más, en el 35% de casos la ausencia de introspección será total, llegando las ideas dismorfofóbicas a un rango delirante (60). La ausencia de introspección implicará por lo general una mayor gravedad y peor pronóstico, con mayor tasa de suicidios, menor grado de vinculación a los tratamientos psiquiátricos y

psicológicos, así como una búsqueda más frecuente de tratamientos alternativos por parte de los pacientes (59) (60). La clasificación DSM-5 permite estratificar en tres grados de introspección: 1) con introspección buena o aceptable, 2) con poca introspección y 3) con ausencia de introspección o creencias delirantes (15). La CIE-11 por su parte diferencia el trastorno con dos códigos diagnósticos diferenciados, entre TDC con introspección de aceptable a buena (6B21.0) y TDC con introspección pobre o ausente (6B21.1) (28).

La clasificación DSM-5 ha incluido un nuevo especificador que no recoge la CIE-11 de manera específica. Se trata de especificar si se trata de un caso “con dismorfia muscular”, o preocupación centrada en una estructura corporal que el sujeto considera poco musculosa (15). Este especificador responde al interés mostrado por miembros del grupo de trabajo del DSM-5 en trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, liderado por la Dra. Katharine A. Phillips, experta internacionalmente reconocida en TDC, en dar un mayor protagonismo a los pacientes afectos de vigorexia o “complejo de Adonis”, de presentación casi exclusiva en hombres, frecuentemente musculosos y que dedican muchas horas a ejercitarse en el gimnasio, asociando habitualmente el uso de dietas hiperproteicas y de esteroides anabolizantes (estos últimos implican efectos secundarios en ocasiones graves, principalmente por su cardiotoxicidad y neurotoxicidad) (61) (62).

Una característica clínica muy importante a tener en cuenta, es la frecuente presentación en estos pacientes, de ideas deliroides de referencia de base ansiosa, que se observan hasta en un 60% de los afectados por TDC (15) (14) (55) y guardan relación con el propio trastorno, no debiéndose confundir con un trastorno del espectro psicótico. Las ideas de referencia parten de la ansiedad por la convicción de que otras personas verán sus defectos, lo que les lleva a una vivencia persecutoria del entorno.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse aparte de con los TCA, con las preocupaciones

coherentes por defectos objetivamente perceptibles, el trastorno de ansiedad social, otros trastornos del espectro obsesivo-compulsivo, los trastornos psicóticos (principalmente con el trastorno delirante somático en el que el tema central del delirio se refiere más bien a las funciones o sensaciones corporales), la disforia de género (existe aquí una falta de identificación con las características físicas y biológicas por no concordar éstas con la verdadera identidad sexual) y trastornos de base neurológica como los secundarios a lesiones cerebrales occipitales (alteraciones de percepción visual incluida la percepción facial), fronto-temporales (pueden implicar distorsiones de la percepción del tamaño corporal y prosopagnosia) o parietales (pueden ser la base de síndromes de negligencia neurológica) (15) (63) (64) (54).

Es también muy común la presencia de trastornos comórbidos a lo largo de la evolución del TDC, que de forma habitual precederá en el tiempo a la aparición de los mismos. Los trastornos comórbidos más habituales que podremos encontrar son: el TDM (hasta en un 75%), el trastorno de ansiedad social (40%), los trastornos de la personalidad (40-60%; siendo los más habituales el paranoide, evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo y también el trastorno límite), los trastornos por uso de sustancias (30-50%), los TCA (33%), el TOC (33%), el trastorno de pánico (13-20%) y con menos frecuencia, el trastorno por estrés postraumático (26) (49) (65) (66) (67).

Para llegar al diagnóstico es muy importante sospecharlo, dado que muy a menudo los adolescentes con TDC no revelarán sus preocupaciones principalmente por vergüenza como antes se ha comentado, pudiendo el diagnóstico pasar por alto si no se indaga de forma específica. En este sentido a lo largo de la historia psiquiátrica completa y la exploración psicopatológica será importante estar atento a la presencia de conductas de aislamiento y evitación social, de ideas de referencia, así como de clínica depresiva y ansiosa que no haya respondido bien a tratamientos previos y también, de la realización previa de tratamientos cosméticos por

parte del paciente (14) (64). Durante la indagación clínica, es recomendable preguntar por la apariencia y no directamente por el aspecto físico, de cara a evitar posiciones defensivas, comenzando con preguntas más generales (p.e. ¿estás insatisfecho con tu apariencia?, ¿hay algún aspecto de/preocupación específica sobre tu apariencia que te preocupe mucho?) para ir avanzando de forma progresiva con preguntas más focalizadas en defectos percibidos concretos (p.e. ¿estás descontento con otros aspectos de tu apariencia, como tu cara, piel, pelo, nariz, o la forma o tamaño de cualquier otra parte de tu cuerpo?) (34) (68). De cara a poder establecer el diagnóstico de forma correcta se explorará la afectación a nivel de la funcionalidad del adolescente, respecto de la dedicación en horas a las preocupaciones dismorfofóbicas como de la afectación en áreas concretas de ámbito social, educativo, familiar y de ocio (las guías sugieren preguntas como: en un día, ¿cuántas horas al día dedicas a pensar en tu apariencia?; ¿cómo afecta eso a tu vida?; ¿te da problemas para estudiar?; ¿te dificulta el ir con tus amigos?...) (68) (34). Existen escalas de cribado que pueden ser de utilidad, concretamente la BDDQ (Body Dysmorphic Disorder Questionnaire/ Cuestionario sobre el Trastorno Dismórfico Corporal) y la BDDM (Body Dysmorphic Diagnostic Module) (14) (69), pero sólo la primera de ellas está adaptada y traducida al español por A. Belloch y M. Giraldo-O'Meara (ver: <http://www.itoc.org.es/BDDQ.html>). Se trata de un cuestionario de 7 ítems, muy rápido de administrar y con buenas propiedades psicométricas (sensibilidad=90-100%, especificidad =90%, valor predictivo positivo=70%) (68) (69). Los ítems son de respuesta dicotómica (sí/no), se asigna un punto por cada respuesta afirmativa, y se considera caso de riesgo de TDC la puntuación ≥ 4 , siendo necesaria la puntuación positiva en los ítems 1 y 2, en al menos uno de los ítems del 3 al 6; y en la opción 2 ó 3 del ítem 7 (ver: <http://www.itoc.org.es/BDDQ.html>). El cuestionario en concreto está validado en población adulta, por lo que si el clínico decide utilizarlo con adolescentes, es recomendable modificar ligeramente el redactado de cara a que sea más apropiado para estos (p.e. con tratamiento de tu y no de usted,

preguntar por el colegio/instituto y no por el trabajo), como se ha hecho en algún estudio de investigación que incluía población adolescente (5). Existe otra escala de gravedad clínica que puede tener utilidad como medida pre/post de seguimiento de la eficacia de los tratamientos, si se administra a lo largo de la evolución del paciente en tratamiento. Se trata de la BDD-YBOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for Body Dysmorphic Disorder) (70), una escala semi-estructurada y heteroadministrada, con la misma estructura que la Y-BOCS para TOC, pero que incluye 2 ítems más específicos de conducta de evitación y de introspección. La puntuación va de 0 a 48 con un punto de corte para la presencia de TDC de 20. No obstante, no se dispone de la versión en castellano de la misma.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Por lo general el TDC es un trastorno que evoluciona en muchos casos a la cronicidad, debido a que las demoras en consultar a especialistas de la red de salud mental en estos pacientes es de hasta 16 años como promedio, buscando hasta un 70% de los individuos afectos otro tipo de tratamientos no relacionados con la atención en salud mental; tratamientos estos con los que hasta en un 96% no presentaran ninguna mejoría clínica (4) (5) (10) (14) (36) (56) (71) (72) (73) (74). La buena noticia es que existen tratamientos efectivos y los estudios muestran mejorías clínicas importantes en la evolución de los pacientes si se aplican. En concreto las tasas de recuperación, que no serán superiores al 6% sin tratamiento, pueden llegar a ser del 20 al 80% con un tratamiento adecuado, con tasas de respuesta farmacológica de hasta el 50% a las 4-9 semanas y de hasta el 80% a las 14-16 semanas; y pese a que las tasas de recaída al abandonar los tratamientos también son altas, del 15 al 40%, la respuesta a los tratamientos de mantenimiento cuando estos se reintroducen, es buena (4) (5) (14) (36) (56) (71) (72) (73). Es por tanto muy importante detectar el TDC en la adolescencia, donde ya es patente el deterioro en el funcionamiento social y la calidad de vida, principalmente en forma de disminución del rendimiento académico, evitación interpersonal y de las relaciones sociales; y también de fobia escolar, con tasas de abandono escolar descritas de hasta el 20-25% (9) (14) (58) (67).

TRATAMIENTO

La posición terapéutica ante el adolescente, ya desde el momento mismo de la entrevista inicial, será de expresión de empatía, validación y normalización, de cara a afianzar una sólida alianza terapéutica. Es aconsejable referirse a la “apariencia” al interrogar de forma específica, más que al “cuerpo”, “defectos” o “deformidades”; evitar las referencias a problemas “imaginados” así como evitar reasegurarles en que “no tienen ningún problema con su aspecto” (ya que reforzará el patrón obsesivo de la cognición) y trabajar el insight de forma progresiva en la relación terapéutica, no imponerlo (14) (36) (72).

Las intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia para el tratamiento del TDC son tres: 1) la psicoeducación; 2) la terapia farmacológica con antidepresivos ISRS o clomipramina; y 3) la terapia cognitivo-conductual (TCC) adaptada al TDC (34) (75). Pese a que no se dispone de estudios comparativos head to head entre terapia combinada con antidepresivos y TCC frente a cualquiera de estos tratamientos por separado, y que tanto los antidepresivos como la TCC han demostrado eficacia en monoterapia, los expertos recomiendan el tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico (14).

1. **Psicoeducación:** la intervención educativa, con la que iniciaremos el abordaje, tiene como objetivo el informar al paciente y a sus familiares principalmente sobre: a) el TDC en sí mismo y b) los tratamientos disponibles así como los efectos que se puede esperar de estos (14) (36). Es recomendable por tanto, ya desde el inicio de la intervención psicoeducativa incluir a la familia, ya que en algunos casos puede ser un factor favorecedor de la motivación para el tratamiento en los pacientes. Es este el momento también de aplicar con los pacientes intervenciones motivacionales de entrevista, de cara a combatir su ambivalencia respecto de los tratamientos y fomentar la motivación para el cambio (14) (72).

2. **Tratamiento farmacológico:** Los tratamientos antidepresivos se consideran los medicamentos de elección en el TDC, concretamente los inhibidores

selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) de primera línea y el tricíclico clomipramina de segunda línea (por su mayor riesgo de secundarismos). Estos fármacos han demostrado mejorar tanto los síntomas más nucleares del TDC (preocupaciones obsesivas, comportamientos compulsivos, insight, funcionalidad y calidad de vida) como la sintomatología comórbida (depresión, ansiedad, somatizaciones, irritabilidad, hostilidad e ideación y conducta suicida) (76) (77) (78) (79) (80). Ni los ISRS ni la clomipramina tienen la indicación concreta para TDC de la FDA o la EMEA, pero existe literatura suficiente para respaldar su utilización. Concretamente en población adulta se dispone de estudios de series de casos, de tres ensayos clínicos abiertos con análisis por intención de tratar para fluvoxamina (76), citalopram (81) y escitalopram (80), éste último con eficacia recientemente demostrada en prevención de recaídas (82); y de dos ensayos clínicos controlados de clomipramina frente a desipramina (77) y de fluoxetina frente a placebo (79); todos ellos con resultados positivos. En población adolescente sólo se dispone de series de casos a favor de su eficacia en el trastorno (83) (84) (85) (86). En la **tabla 1** se muestran los antidepresivos con mejor perfil de seguridad y eficacia para su utilización en población adolescente, con las dosis de inicio y mantenimiento así como las dosis máximas (incluidas aquellas dosis máximas reportadas en estudios y consensos de expertos para el tratamiento del TDC en adultos). En la tabla se destacan también aquellos antidepresivos con aprobación de la FDA para uso en niños y adolescentes en otras indicaciones como el TOC o la depresión, con la edad a partir de la cual están indicados. La recomendación en el tratamiento de los pacientes con TDC es aumentar la dosis del antidepresivo de forma progresiva en 6 - 10 semanas, hasta llegar a la dosis máxima eficaz; mantener el tratamiento 3-4 meses antes de considerar la refractariedad; y mantener el tratamiento de forma más prolongada, de forma similar a como se procede en el TOC, con tiempo de mantenimiento orientativo de 3-4 años tras un primer episodio y de 5-10 años tras un segundo episodio (76) (77) (78) (79) (80). En caso de falta total de respuesta clínica o respuesta pobre la recomendación es: 1)

aumentar la dosis del ISRS, 2) cambiar a otro ISRS y 3) cambiar a clomipramina o venlafaxina. Si sí hay respuesta clínica pero esta es parcial, lo recomendable es: 1) combinación del ISRS con clomipramina (no en el caso de fluvoxamina por aumentar en exceso las concentraciones de clomipramina), 2) combinación del ISRS o de clomipramina con un antipsicótico de segunda generación y 3) ensayar la combinación del ISRS o de clomipramina con otros psicofármacos, principalmente: venlafaxina, bupropion, litio y metilfenidato (14) (72) (87) (88) (89) (90) (91). Las tablas 2 y 3 reflejan las dosis recomendables en población adolescente para estas opciones de combinación.

3. Tratamiento psicológico cognitivo-conductual: la terapia cognitivo-conductual especialmente diseñada para el TDC (92) (93) (94) ha demostrado su eficacia en el tratamiento de los síntomas nucleares del trastorno, en adultos y adolescentes, también en el caso de pacientes más graves que presentan ideas dismorfofóbicas de rango deliroide (63) (95) (96) (97) (98) (99) (100). Los programas de tratamiento incluyen principalmente: 1) reestructuración cognitiva para ayudar a identificar las creencias erróneas en relación a la apariencia y sustituirlas por pensamientos más realistas; 2) exposición gradual a situaciones evitadas con realización simultánea de experimentos conductuales que pongan a prueba las creencias erróneas; y 3) prevención de respuesta para mejorar en el control de las compulsiones (92) (93) (94). Cada una de estas estrategias podrá complementarse con técnicas de apoyo como la relajación, el mindfulness, el entrenamiento perceptivo (entrenamiento ante el espejo para conseguir una visión holística del cuerpo, sin fijación en los detalles (101)), la reversión del hábito en casos de rascado compulsivo p.e., las técnicas de role play y las tareas para casa (92) (93) (94). Hacia el final del tratamiento se entrenará al paciente en la prevención de recaídas mediante la autoaplicación de las estrategias cognitivo-conductuales aprendidas ante situaciones de riesgo que se puedan anticipar (92) (93) (94). La duración del tratamiento será adaptada a las características

Tabla 1. Antidepresivos

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual	Dosis mg máxima
Sertralina FDA 6 años	12.5/ 25/ 50	50-200	200 (400)
Fluoxetina FDA 8 años	5/10	10-60	70-80 (120)
Fluvoxamina FDA 8 años	12.5/ 25/ 50	50-200	300 (450) (dividir toma)
Escitalopram	5/10	5-20	40 (60)
Paroxetina	10	20-50	60 (100)
Clomipramina FDA 10 años	12.5/25	200 (ó 3mg/kg/ día)	200 (250)

Tabla 2. Antipsicóticos

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual
Risperidona	0,25	0,5-4
Paliperidona	1	3-12
Olanzapina	1,25	5-15
Aripiprazol	5	10-20
Quetiapina	12,5	100-550
Pimozide	0,25	1-5

Tabla 3. Otras opciones

	Dosis mg inicio	Dosis mg habitual	Dosis mg máxima
Venlafaxina	25-37,5	25-150	1-2 mg/kg/día
Desvenlafaxina	50	50-300	---
Bupropion	100	150-300	3-6 mg/kg/día (400mg)
Litio	600	Según litemia	1800-2100
Metilfenidato -MFD- (MFD-OROS)	10 (18)	10-60 (18-54)	90

individuales de cada paciente, recomendándose sesiones semanales durante los 6 primeros meses para programar posteriormente sesiones de mantenimiento periódicas (14).

CONCLUSIONES

En esta revisión sistemática se puede concluir que el TDC es un trastorno de inicio característicamente en la adolescencia, precisamente por tratarse de una fase de diferenciación de la persona, en que la vulnerabilidad por cuestiones de la apariencia se ve acentuada. Pese a tratarse de un trastorno propio de la adolescencia, llama la atención la falta de interés por el TDC en diversos tratados de psiquiatría infanto-juvenil, debiéndose tener muy presente que un correcto diagnóstico a tiempo puede mejorar sin duda alguna el pronóstico de los pacientes, ya que se trata de un trastorno para el que se dispone de tratamientos clínicamente efectivos, tanto psicofarmacológicos como psicoterapéuticos.

REFERENCIAS

1. Morselli E. Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia: due forme non per anco descritte di pazzia con idee fisse. *Boll Reale Accad Med Genova*. 1891;6:3-14.
2. Janet P. Obsession de la honte du corps. In: Janet P, Raymond F, editors. *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan; 1908. p. 610.
3. Hay GG. Dismorphophobia. *Br J Psychiatry*. 1970 Apr;116(533):399-406.
4. Zimmerman M, Mattia JI. Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry*. 1998 Sep-Oct;39(5):265-70.
5. Grant JE, Kim SW, Crow SJ. Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*. 2001 Jul;62(7):517-22.
6. Rief W, Buhlmann U, Wilhelm S, Borkenhagen A, Brahler E. The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychol Med*. 2006 Jun;36(6):877-85.
7. Conroy M, Menard W, Fleming-Ives K, Modha P, Cerullo H, Phillips KA. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;30(1):67-72.
8. Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*. 2008 Apr;13(4):316-22.
9. Buhlmann U, Glaesmer H, Mewes R, Fama JM, Wilhelm S, Brahler E, et al. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1):171-5.
10. Sarwer DB, Crerand CE, Magee L. Body dysmorphic disorder in patients who seek appearance-enhancing medical treatments. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2010 Nov;22(4):445-53.
11. Bjornsson AS, Didie ER, Grant JE, Menard W, Stalker E, Phillips KA. Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2013 Oct;54(7):893-903.
12. Dogruk Kacar S, Ozuguz P, Bagcioglu E, Coskun

- KS, Uzel Tas H, Polat S, et al. The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: a study from Turkey. *Clin Exp Dermatol*. 2014 Jun;39(4):433-8.
13. Schneider SC, Turner CM, Mond J, Hudson JL. Prevalence and correlates of body dysmorphic disorder in a community sample of adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2017 Jun;51(6):595-603.
14. Phillips KA. *Understanding body dysmorphic disorder : an essential guide*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2009.
15. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º edición DSM-5: Editorial Médica Panamericana*; 2014.
16. Phillips KA, Coles ME, Menard W, Yen S, Fay C, Weisberg RB. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):717-25.
17. Angelakis I, Gooding PA, Panagioti M. Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016 Nov;49:55-66.
18. Pedreira JL. Psicopatología de la adolescencia. In: Pedreira JL, Tomàs J, editors. *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. Barcelona: Laertes; 2001. p. 11-77.
19. Monzani B, Rijdsdijk F, Anson M, Iervolino AC, Cherkas L, Spector T, et al. A twin study of body dysmorphic concerns. *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1949-55.
20. Morrison A. The eye turned inward. In: Nathanson DL, American Psychiatric Association. Meeting, editors. *The Many faces of shame*. New York: Guilford Press; 1987. p. xvi, 370 p.
21. Hadley SJ, Greenberg J, Hollander E. Diagnosis and treatment of body dysmorphic disorder in adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2002 Apr;4(2):108-13.
22. Phillips KA, Menard W. Suicidality in body dysmorphic disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1280-2.
23. Phillips KA. Suicidality in Body Dysmorphic Disorder. *Prim psychiatry*. 2007 Dec;14(12):58-66.
24. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse Negl*. 2006 Oct;30(10):1105-15.
25. Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*. 2006 Jun;3(2):189-93.
26. Semiz U, Basoglu C, Cetin M, Ebrinc S, Uzun O, Ergun B. Body dysmorphic disorder in patients with borderline personality disorder: prevalence, clinical characteristics, and role of childhood trauma. *Acta Neuropsychiatr*. 2008 Feb;20(1):33-40.
27. Buhlmann U, Marques LM, Wilhelm S. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2012 Jan;200(1):95-8.
28. ICD-11. *International Classification of Diseases 11th Revision: World Health Organization*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#>
29. Monzani B, Rijdsdijk F, Iervolino AC, Anson M, Cherkas L, Mataix-Cols D. Evidence for a genetic overlap between body dysmorphic concerns and obsessive-compulsive symptoms in an adult female community twin sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2012 Jun;159B(4):376-82.
30. Li W, Arienzo D, Feusner JD. *Body Dysmorphic Disorder: Neurobiological Features and an Updated Model*. *Z Klin Psychol Psychother (Gott)*. 2013;42(3):184-91.
31. Simeon D, Hollander E, Stein DJ, Cohen L, Aronowitz B. Body dysmorphic disorder in the DSM-IV field trial for obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Aug;152(8):1207-9.
32. Diaz Marsa M, Carrasco JL, Hollander E. [Body dysmorphic disorder as an obsessive-compulsive spectrum disorder]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996 Nov-Dec;24(6):331-7.
33. Frare F, Perugi G, Ruffolo G, Toni C. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry*. 2004 Aug;19(5):292-8.
34. NICE guideline. *Obsessive-Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive-*

- Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. 2006.
35. Fang A, Wilhelm S. Clinical features, cognitive biases, and treatment of body dysmorphic disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2015;11:187-212.
36. Phillips KA, Hollander E. Treating body dysmorphic disorder with medication: evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*. 2008 Mar;5(1):13-27.
37. Malcolm A, Labuschagne I, Castle D, Terrett G, Rendell PG, Rossell SL. The relationship between body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review of direct comparative studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018 Sep 21;4867418799925.
38. Hanes KR. Neuropsychological performance in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 1998 Mar;4(2):167-71.
39. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, Wilhelm S, Buhlmann U, Rauch SL, et al. Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc*. 2000 Sep;6(6):673-81.
40. Buhlmann U, Wilhelm S, McNally RJ, Tuschen-Caffier B, Baer L, Jenike MA. Interpretive biases for ambiguous information in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2002 Jun;7(6):435-6, 41-3.
41. Dunai J, Labuschagne I, Castle DJ, Kyrios M, Rossell SL. Executive function in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2010 Sep;40(9):1541-8.
42. Feusner JD, Townsend J, Bystritsky A, Bookheimer S. Visual information processing of faces in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Dec;64(12):1417-25.
43. Feusner JD, Moody T, Hembacher E, Townsend J, McKinley M, Moller H, et al. Abnormalities of visual processing and frontostriatal systems in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb;67(2):197-205.
44. Feusner JD, Hembacher E, Moller H, Moody TD. Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychol Med*. 2011 Nov;41(11):2385-97.
45. Johnson S, Williamson P, Wade TD. A systematic review and meta-analysis of cognitive processing deficits associated with body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*. 2018 May 30;107:83-94.
46. Li W, Lai TM, Bohon C, Loo SK, McCurdy D, Strober M, et al. Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder are associated with abnormalities in processing visual information. *Psychol Med*. 2015 Jul;45(10):2111-22.
47. Moody TD, Sasaki MA, Bohon C, Strober MA, Bookheimer SY, Sheen CL, et al. Functional connectivity for face processing in individuals with body dysmorphic disorder and anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2015 Dec;45(16):3491-503.
48. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychol*. 1998 Jun;54(4):489-99.
49. Phillips KA, McElroy SL. Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*. 2000 Jul-Aug;41(4):229-36.
50. Buhlmann U, Teachman BA, Naumann E, Fehlinger T, Rief W. The meaning of beauty: implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs in body dysmorphic disorder. *J Anxiety Disord*. 2009 Jun;23(5):694-702.
51. Pecorari G, Gramaglia C, Garzaro M, Abbate-Daga G, Cavallo GP, Giordano C, et al. Self-esteem and personality in subjects with and without body dysmorphic disorder traits undergoing cosmetic rhinoplasty: preliminary data. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Mar;63(3):493-8.
52. Silver J, Reavey P, Anne Fineberg N. How do people with body dysmorphic disorder view themselves? A thematic analysis. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2010 Sep;14(3):190-7.
53. Wilver NL, Summers BJ, Garratt GH, Carlton CN, Cogle JR. An initial investigation of the unique relationship between disgust propensity and body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2018 Aug 17;269:237-43.
54. Phillips KA. *The broken mirror : understanding and treating body dysmorphic disorder*. Rev. and expanded ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2005.
55. Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body

- dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res.* 2006 Mar 30;141(3):305-14.
56. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-32.
57. Marques L, LeBlanc N, Robinaugh D, Weingarden H, Keshaviah A, Wilhelm S. Correlates of quality of life and functional disability in individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2011 May-Jun;52(3):245-54.
58. IsHak WW, Bolton MA, Bensoussan JC, Dous GV, Nguyen TT, Powell-Hicks AL, et al. Quality of life in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 2012 Dec;17(4):167-75.
59. Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res.* 2013 Dec 30;210(3):1129-35.
60. Phillips KA, Menard W, Pagano ME, Fay C, Stout RL. Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res.* 2006 Mar;40(2):95-104.
61. Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image.* 2005 Dec;2(4):395-400.
62. Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, Didie ER, Fallon BA, Feusner J, et al. Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety.* 2010 Jun;27(6):573-91.
63. Buhlmann U, Reese HE, Renaud S, Wilhelm S. Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image.* 2008 Mar;5(1):39-49.
64. Phillips KA, Feusner J. Assessment and differential diagnosis of body dysmorphic disorder. *Psychiatr Ann.* 2010;40(7):317-24.
65. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry.* 2003 Jul-Aug;44(4):270-6.
66. Grant JE, Menard W, Pagano ME, Fay C, Phillips KA. Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Mar;66(3):309-16; quiz 404-5.
67. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 2005 Jul-Aug;46(4):317-25.
68. Dufresne RG, Phillips KA, Vittorio CC, Wilkel CS. A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatol Surg.* 2001 May;27(5):457-62.
69. Phillips KA, Atala KD, Pope HG. Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th annual meeting: Miami: American Psychiatric Association.; 1995.
70. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33(1):17-22.
71. Phillips KA, Stout RL. Associations in the longitudinal course of body dysmorphic disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *J Psychiatr Res.* 2006 Jun;40(4):360-9.
72. Phillips KA. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann.* 2010 Jul;40(7):325-32.
73. Crerand CE, Menard W, Phillips KA. Surgical and minimally invasive cosmetic procedures among persons with body dysmorphic disorder. *Ann Plast Surg.* 2010 Jul;65(1):11-6.
74. Bulut OC, Wallner F, Oladokun D, Plinkert PK, Baumann I, Hohenberger R. Patients Screening Positive for Body Dysmorphic Disorder Show No Significant Health-Related Quality of Life Gain after Functional Septorhinoplasty at a Tertiary Referral Center. *Facial Plast Surg.* 2018 Jun;34(3):318-24.
75. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21(1):CD005332.

76. Phillips KA, Dwight MM, McElroy SL. Efficacy and safety of fluvoxamine in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998 Apr;59(4):165-71.
77. Hollander E, Allen A, Kwon J, Aronowitz B, Schmeidler J, Wong C, et al. Clomipramine vs desipramine crossover trial in body dysmorphic disorder: selective efficacy of a serotonin reuptake inhibitor in imagined ugliness. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Nov;56(11):1033-9.
78. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M. Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry*. 2001 Sep;62(9):721-7.
79. Phillips KA, Albertini RS, Rasmussen SA. A randomized placebo-controlled trial of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002 Apr;59(4):381-8.
80. Phillips KA. An open-label study of escitalopram in body dysmorphic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006 May;21(3):177-9.
81. Phillips KA, Najjar F. An open-label study of citalopram in body dysmorphic disorder. *J Clin Psychiatry*. 2003 Jun;64(6):715-20.
82. Phillips KA, Keshaviah A, Dougherty DD, Stout RL, Menard W, Wilhelm S. Pharmacotherapy Relapse Prevention in Body Dysmorphic Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. 2016 Sep 1;173(9):887-95.
83. Phillips KA, Atala KD, Albertini RS. Case study: body dysmorphic disorder in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Sep;34(9):1216-20.
84. el-Khatib HE, Dickey TO, 3rd. Sertraline for body dysmorphic disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Nov;34(11):1404-5.
85. Albertini RS, Phillips KA. Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Apr;38(4):453-9.
86. Duggal HS, Basu S, Dutta S, Sinha VK. Sertraline and buspirone in adolescent delusional body dysmorphic disorder. *Indian J Psychiatry*. 2001 Oct;43(4):370-1.
87. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimozide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):377-9.
88. Allen A, Hadley SJ, Kaplan A, Simeon D, Friedberg J, Priday L, et al. An open-label trial of venlafaxine in body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*. 2008 Feb;13(2):138-44.
89. Nakaaki S, Murata Y, Furukawa TA. Efficacy of olanzapine augmentation of paroxetine therapy in patients with severe body dysmorphic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;62(3):370.
90. Uzun O, Ozdemir B. Aripiprazole as an augmentation agent in treatment-resistant body dysmorphic disorder. *Clin Drug Investig*. 2010;30(10):707-10.
91. Canan F, Sinani G, Aydinoglu U. Body dysmorphic disorder incidentally treated with bupropion: a case report. *J Clin Psychopharmacol*. 2013 Feb;33(1):133-4.
92. Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell; 2010.
93. Wilhelm S, Phillips KA, Steketee G. *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder : a treatment manual*; 2013.
94. Petersen TJ, Sprich SE, Wilhelm S, Massachusetts General Hospital. *The Massachusetts General Hospital handbook of cognitive behavioral therapy*; 2016.
95. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Apr;63(2):263-9.
96. Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, et al. Body dysmorphic disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav Res Ther*. 1996 Sep;34(9):717-29.
97. Neziroglu F, Yaryura-Tobias JA. A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behav Modif*. 1997 Jul;21(3):324-40.
98. Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):113-25.
99. Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U,

- Greenberg JL, Fama JM, et al. Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2014 May;45(3):314-27.
100. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L, Isomura K, Anson M, Turner C, Monzani B, et al. A Pilot Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Body Dysmorphic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Nov;54(11):895-904.
101. Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clin Psychol Rev.* 2018 Aug 29;65:163-74.

C. González López¹
M. Barrera Escudero¹
I. María Cano Montes¹
I. Díaz Pérez¹

1. Enfermera especialista en
Salud Mental. H.U. Fundación Jiménez
Díaz. Madrid, España.

Correo electrónico: claudia.gonzalez@quironsalud.es

*Análisis de las diferencias en la
atención a la Salud Mental del Niño y
Adolescente en España a través de los
Planes Estratégicos de Salud Mental
Autonómicos*

*Analysis of the disparities in Mental
Health care of Children and Adolescents
in Spain through the Autonomic Mental
Health Strategic Plans*

RESUMEN

Introducción: La Psiquiatría Infantil es una especialidad relativamente reciente. Es un área importante de trabajo ya que los datos reflejan que la tasa de prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes se sitúa entre el 15 y el 20 % de la población infanto-juvenil a nivel mundial, o que el 80 % de los trastornos mentales de los adultos tuvieron comienzo antes de los 18 años. En toda España se puede ofrecer asistencia a niños y adolescentes, aunque ésta no se encuentra homogeneizada en todas las Comunidades Autónomas (CCAA). Adicionalmente, España es uno de los dos únicos países de la Unión Europea que no dispone de la especialidad de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Al no existir a día de hoy una especialidad propia, el carácter de la atención ofrecida dependerá de la formación particular de cada profesional.

Objetivo: Analizar la situación de la atención a la Salud Mental del Niño y Adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos.

Método: Se analizaron mediante lectura exhaustiva las líneas estratégicas de los 17 Planes Estratégicos de Salud Mental de todas las CCAA.

Resultados: Se han encontrado desigualdades

tanto en la vigencia y actualización de dichos planes, como en la estructura y oferta de recursos asistenciales y formativos.

Conclusión: Hoy en día la especificidad en la atención a la Salud Mental del niño y adolescente se distribuye de forma desigual en España, dependerá de la CCAA en la que resida el niño o adolescente.

Palabras clave: salud Mental, niño, psiquiatría del adolescente, atención, disparidades en el estado de salud.

ABSTRACT

Background: Child Psychiatry is a relatively recent specialty. It is an important field of work because the data show that the prevalence rate of Mental Disorders in children and adolescents is between 15 and 20 % of the infantile-juvenile population worldwide, and that 80 % of the Mental Disorders in adults began before the age of 18. Throughout Spain, assistance can be offered to children and adolescents, although it is not standardised in all the Autonomous Communities (CCAA). In addition, Spain is one of only two countries in the European Union that does not have the specialty of Child and Adolescent Psychiatry. As there is currently no specialty of its own, the nature of

the care offered will depend on the particular training of each professional.

Objective: To analyse the situation of mental health care for children and adolescents in Spain through the Autonomous Mental Health Strategic Plans.

Methods: The strategic lines of the 17 Strategic Mental Health Plans of all the Autonomous Communities were analysed. Results: Inequalities were found in the validity and updating of these plans, as well as in the structure and supply of assistance and training resources.

Conclusion: Today, the specificity of mental health care for children and adolescents is distributed unequally in Spain, depending on the Autonomous Community in which the child or adolescent resides.

Keywords: mental health, child, adolescent psychiatry, attention, disparities in health status.

INTRODUCCIÓN

Fomentar estrategias para promover y cuidar la Salud Mental de los niños y adolescentes es fundamental para su desarrollo individual y social. No hay salud si no hay Salud Mental y no puede esperarse Salud Mental en el adulto si no la ha habido en la infancia. Elaborar modelos de intervención y formación que contemplen al niño como un ser bio-psico-social, atendiendo a sus necesidades en todos los ámbitos de su vida es por lo tanto, primordial.(1)

Además, si la prevención en los Sistemas de Salud debería ser una prioridad, tratándose de niños y adolescentes no hay duda de su pertinencia. Muchas cuestiones relacionadas con la Salud Mental están influenciadas por el entorno y por condicionantes externos ocurridos durante la infancia. Son múltiples las causas que influyen en el desarrollo de este tipo de trastornos: temperamento de cada niño, estilos educativos, la familia, acontecimientos vitales, factores genéticos, socioculturales, pre y perinatales o inmunológicos, entre otros. (2)

En este contexto, España, junto a Bulgaria, es el único país de la Unión Europea que no posee una especialidad propia en este campo, (3) y la Salud

Mental del niño y el adolescente, como pone de manifiesto el Libro Blanco de Psiquiatría del Niño y Adolescente, es importante por multitud de razones, como que la tasa de prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes se sitúa entre el 15 y el 20 % de la población infanto-juvenil a nivel mundial, el 80 % de los trastornos mentales de los adultos tuvieron comienzo antes de los 18 años, el 22,1% de los niños entre 4 y 15 años presenta riesgo de mala Salud Mental o que el suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes. (2)

Además, el desarrollo de los servicios de Salud Mental en los sistemas sanitarios debe tener como objetivo superar obstáculos como: las consecuencias de no incluir la Salud Mental en los programas de salud, la escasez de recursos humanos para la atención a la Salud Mental, la falta de integración de la Salud Mental en otras especialidades y niveles de atención, así como la falta de iniciativas y propuestas en el terreno de la Salud Mental pública, lo que incluye la formación de profesionales. (2)

En referencia al contexto histórico, cabe mencionar, que la psiquiatría infantil es un área de la salud relativamente reciente que implica un conjunto de servicios y conocimientos, es una profesión. Su historia atiende a complejidad, estando ligada a la historia de la infancia. Reconocer la infancia como un periodo particular del desarrollo, es una condición necesaria para considerar la psiquiatría infanto-juvenil como una disciplina.

La historia de la psiquiatría infantil está entrelazada con nuestra comprensión del desarrollo infantil, las prácticas de crianza de los niños y el lugar que ocupan estos en la sociedad y campos no sanitarios, como la justicia juvenil y la educación. Algunos historiadores datan los inicios de la psiquiatría infantil en Estados Unidos a finales del siglo XIX. Existen escasas referencias anteriores al siglo XIX sobre la psicopatología infantil. Esto no se limita a los Trastornos Mentales infantiles; la pediatría comenzó a emerger como especialidad médica a finales del siglo XVIII. El Hôpital des Enfants-Malades, fundado en 1802 en

París, fue el primer hospital creado especialmente para el tratamiento de los niños enfermos. (4)

La inclusión del área de conocimiento de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente en España se produce cronológicamente más tarde que en otros países de la Unión Europea. Mientras que en Francia, Inglaterra o Alemania ya se habían implantado actuaciones e iniciativas específicas para la Salud Mental infanto-juvenil en la segunda mitad del siglo XIX, en España no se consolidan hasta principios del siglo XX. (2)

Las primeras iniciativas promovidas en España iban dirigidas especialmente a niños con trastornos del comportamiento y del aprendizaje, aunque el seguimiento se realizó inicialmente en el ámbito educativo. Tras la guerra civil, se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, gracias al cual se establecen diversos centros de atención terapéutica. Estos dispositivos, aunque no específicos, sí reconocen entre sus pacientes a los niños y adolescentes con Trastorno Mental. Posteriormente, se construyen en Ciudad Real, Madrid, Teruel y Zamora cuatro hospitales psiquiátricos para niños con deficiencias psíquicas graves. Tras esta iniciativa, se irán creando y desarrollando unidades específicas de atención psiquiátrica y de la salud mental de niños y adolescentes, inicialmente dependientes de los Servicios de Pediatría y posteriormente de los Servicios de Psiquiatría. (2)

Desde el desarrollo del Estado de las Autonomías, las competencias de salud se han derivado a las Comunidades Autónomas (CCAA), siendo cada una de ellas responsables de la implantación de dispositivos de tratamiento de niños y adolescentes con problemas psiquiátricos o de Salud Mental. De esta forma, en la actualidad, en toda España se puede ofrecer asistencia a niños y adolescentes, aunque ésta no se encuentra homogeneizada en todas las CCAA. Adicionalmente, al no existir a día de hoy una especialidad propia de Psiquiatría y Salud Mental del Niño y el Adolescente, la especificidad de la atención ofrecida en cada Comunidad Autónoma depende de

la formación particular de cada profesional, ya que el personal implicado en esta atención no ha recibido normalmente una formación reglada y estandarizada en el campo infantil y juvenil. (2) (5)

En este contexto, del aumento alarmante de los diagnósticos relacionados con trastornos de la Salud Mental de inicio en la infancia y adolescencia, la ausencia en España de una especialidad específica de Psiquiatría del niño y adolescente (ni en enfermería, ni en medicina, ni en psicología), quedando relegada la formación al interés personal e implicación individual, con todo lo que ello conlleva en la calidad asistencial y seguridad en la atención, es necesario hacernos la pregunta de si en uno de los mejores Sistemas Sanitarios del mundo, existen desigualdades claras, directamente relacionadas con lo que ofrece dicho sistema. (6)

Es por lo tanto, necesario colmar las lagunas existentes entre el conocimiento, las políticas y la práctica. Las medidas futuras deberían hacer hincapié en la promoción de la salud mental y en la mejora de la detección precoz y las intervenciones en los entornos clínicos y la comunidad, con el apoyo esencial de la sociedad y de los responsables de la formulación de políticas. (7)

Para analizar esta problemática, y en asiento a la minuciosa exposición de la situación en España en el Libro Blanco de Psiquiatría del niño y adolescente, se han revisado todos los Planes Estratégicos de Salud Mental de cada Comunidad Autónoma española y el nacional, ya que estos son los planes conceptuales, operativos e indicativos desarrollados por los altos cargos de los distintos servicios de salud para sus organizaciones, considerando que si las recomendaciones de dichos planes en cuestiones asistenciales de Salud Mental del niño y adolescente no son homogéneas, no lo serán tampoco los servicios sanitarios ofrecidos.

OBJETIVO

General:

Analizar la situación de la atención a la Salud Mental del Niño y Adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos y el Nacional.

Específicos:

- Concienciar en la necesidad de desarrollar una especialidad específica de Psiquiatría y Salud Mental del niño y adolescente en España.
- Sensibilizar en las desigualdades en los Sistemas de Salud Autonómicos en cuestiones relacionadas con la atención a la salud mental infanto-juvenil.
- Fomentar la reflexión sobre las carencias en la atención sanitaria de niños, niñas y adolescentes, así como en la formación de profesionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron mediante lectura exhaustiva no sistematizada la última edición de los 17 Planes Estratégicos de Salud Mental de todas las Comunidades Autónomas españolas. Así mismo también se analizó la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en su última edición 2009-2013.

Dos investigadores, revisaron las líneas estratégicas de cada uno de los Planes Autonómicos y el Nacional. Identificando cuántas de ellas estaban destinadas exclusivamente a la asistencia a la Salud Mental del niño y el adolescente y analizando las diferencias en la formulación de recomendaciones, objetivos y líneas de actuación en cada una de ellas. Cada uno de ellos revisó los documentos y posteriormente se consensuaron los hallazgos tras la lectura, en referencia a las variables:

- Año de publicación y rango cronológico de vigencia.
- Existencia de línea estratégica específica para la Salud Mental del niño y adolescente.
- Objetivos específicos para la atención a la salud mental de niños y adolescentes.
- Formulación/designación de la línea estratégica.
- Referencias en los documentos a la formación de profesionales.

Al ser documentos de dominio público, publicados en las páginas Web de las distintas Consejerías de Sanidad Autonómicas, todos los Planes Estratégicos fueron consultados en internet durante el mes de Marzo de 2019. (Anexo: Acceso web a los Planes Estratégicos)

RESULTADOS

Se identificó que no existe homogeneidad en las fechas de publicación de los Planes Estratégicos en las diferentes CCAA. El más actual es el publicado por la Comunidad de Murcia 2019-2022, seguido de Canarias 2019-2023, Madrid 2018-2020 y Castilla la Mancha 2018-2025. El más antiguo es el de Castilla y León 2003-2007 y el del País Vasco, publicado en 2010. La Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS ocuparía uno de los últimos puestos en cuanto a actualidad, ya que su última edición es la de 2009-2013. (Tabla. Última edición)

En relación a los tiempos de vigencia tampoco se ha inferido homogeneidad. Se plantean franjas desde 2 años de vigencia hasta 5, llegando a 8 en la actual edición del Plan Estratégico de Castilla la Mancha. (Tabla. Franja de vigencia años)

Otro resultado identificado es la desigualdad en el establecimiento de líneas estratégicas para la Salud Mental de niños y adolescentes, siendo una línea prioritaria y específica sólo en 6 de ellos, pero ausente o entrelazada entre otros objetivos genéricos, en el resto. (Tabla Línea estratégica específica para Salud Mental Infanto-Juvenil). En cuanto al planteamiento de objetivos específicos relacionados con la Salud Mental del niño y adolescente, 10 CCAA hacen referencia explícita en forma de objetivo, el resto de Comunidades lo mencionan en forma de líneas de actuación o recomendaciones pertenecientes a objetivos más genéricos. (Tabla Objetivo Específico para Salud Mental Infanto-Juvenil)

No existe coincidencia en la formulación o designación de las líneas estratégicas, objetivos o líneas de actuación, cada Plan Estratégico las

denomina de forma distinta, no habiendo encontrado sincronía alguna en este sentido. (Tabla Formulación/Designación)

Todos los Planes Estratégicos, disponen de una Línea Estratégica específica para la formación de profesionales. El Plan Estratégico de Cantabria, es el único en el que se ha encontrado un objetivo específico destinado a la formación en Salud Mental infanto-juvenil (Objetivo general 6: Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil. Objetivo específico 6.1: Desarrollar un plan de formación especializado para los profesionales de la Red de Salud Mental infantojuvenil y de asistencia pediátrica, en el resto la formación hace referencia a la Salud Mental en general, con citas puntuales al área específica objeto de este trabajo. (Tabla Referencias a formación)

DISCUSIÓN

Si bien del análisis de los Planes Estratégicos de Salud Mental sólo podemos obtener información indirecta sobre la situación en la asistencia a la Salud Mental de niños y adolescentes en España, tras su lectura exhaustiva es posible argumentar ciertos hallazgos que evidencian que existen brechas importantes entre las políticas, los servicios y las necesidades de los niños y adolescentes afectados por los trastornos mentales o en riesgo de padecerlos. Ninguna acción por sí sola bastará para colmar estas lagunas, y se necesitarán movimientos coordinados para abordar cada una de ellas, pero su simple exposición, a nuestro criterio, promueve la reflexión sobre las carencias, y supone un impulso en la toma de conciencia de la necesidad de prestar más atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en España. (8)

Los Planes Estratégicos tienen una clara vocación transformacional, dado que identifican las características actuales del entorno en el que operan, difunden una imagen de cómo se quiere que dicho entorno u organización sea mejor en el futuro y además, establecen la ruta y acciones que permitirán

el cambio desde la situación actual y la deseada en el futuro. Por ello, la falta de homogeneidad en la fecha de publicación y franja de vigencia de los Planes Estratégicos de Salud Mental de las diferentes CCAA, se constituye como relevante, dado que aquellos planes con una franja menor de vigencia, a priori, si se publican con la periodicidad establecida, dispondrán de recomendaciones, objetivos y líneas de actuación más actuales, lo que señala mayor actividad, voluntad y respuesta en lo que concierne a la Salud Mental. Por otro lado, los planes con márgenes más amplios de vigencia, pueden suponer una desactualización de las líneas de actuación en relación con las necesidades cambiantes, y por otro lado mostrar una menor actividad o destinación de recursos en esta área. (9)

Las carencias en la vigilancia epidemiológica de la Salud Mental a nivel nacional se puede ver reflejada en la desigualdad detectada en la existencia de líneas estratégicas para la Salud Mental de niños y adolescentes, prioritaria y específica en algunas CCAA, pero ausente o entrelazada entre otros objetivos genéricos en la mayoría de ellas, esto podría explicarse en que las necesidades en la salud mental de niños y adolescentes no son iguales en todas las CCAA, pero en ese caso, la Línea Estratégica debería ser equiparable, aunque los objetivos concretos tuviesen variaciones relacionadas con dichas necesidades específicas. (10)

La descripción de la estructura y red de recursos para la atención a la Salud Mental de niños y adolescentes también es desigual. Si bien, en la totalidad se hace referencia a un funcionamiento pivotado desde Atención Primaria, con atención especializada en Salud Mental, ni la conformación de los equipos es la misma (por ejemplo en la atención comunitaria la enfermera especialista en salud mental no siempre forma parte del equipo específico), ni la designación a las unidades se equipara (por ejemplo en algunos Planes se hace referencia a los Centros de Salud Mental y en otros estos son designados como Equipos Comunitarios de Salud Mental). Las diferencias en la estructura y red de atención,

Comunidad Autónoma	Última edición	Franja Vigencia (años)	Línea estratégica específica para Salud Mental Infanto-Juvenil	Objetivo Específico para Salud Mental Infanto-Juvenil	Formulación/Designación	Referencias a Formación
Andalucía	2016-2020	4	NO Referencia en Línea estratégica 2.	SI Objetivo General 3	Línea: Detección, atención y recuperación. Objetivo: Detección Precoz y atención a la población infantil y adolescente.	Sí. Línea estratégica 5
Aragón	2017-2021	4	NO Referencia en Línea estratégica 5.	NO Referencia en la descripción de la línea estratégica.	Línea: Atención prioritaria a colectivos en riesgo. Referencia: La atención de salud mental a la población Infantojuvenil.	Sí (Pag. 29)
Asturias	2015-2020	5	NO -	NO -	Referencia en la presentación a fomentar la implantación del Programa de terapia intensiva para niños y adolescentes con trastorno mental grave en todas las áreas sanitarias	Sí. Línea estratégica 4
Islas Baleares	2016-2022	6	SÍ Línea Estratégica 6.	SI Objetivo General 18.	Línea: Atención específica a la salud mental infanto-juvenil. Objetivo: Cobertura y recursos en la Salud Mental infanto-juvenil	Sí Línea estratégica 16
Islas Canarias	2019-2023	4	SÍ Línea Estratégica 4.	NO Se describen acciones.	. Línea: Atención a la salud mental infanto-juvenil.	Sí. Línea Estratégica 12
Cantabria	2015-2019	5	SÍ Línea estratégica 8.	SÍ 6 Objetivos generales dentro de la línea.	. Línea: Problemas de salud mental en la edad infanto-juvenil Objetivos: P 178-180 documento.	Sí Línea Estratégica 8. Objetivo Específico 6,
Castilla y León	2003-2007	4	NO Referencia en Línea estratégica 3	NO Referencia en la línea estratégica 3.	Línea: Asistencia psiquiátrica: Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos. Referencia: Asistencia psiquiátrica infanto-juvenil	Sí. Línea estratégica 5.

Tabla 1: Descripción de las variables seleccionadas para su análisis en los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos y el Nacional.

Comunidad Autónoma	Última edición	Franja Vigencia (años)	Línea estratégica específica para Salud Mental Infanto-Juvenil	Objetivo Específico para Salud Mental Infanto-Juvenil	Formulación/Designación	Referencias a Formación
Castilla la Mancha	2018-2025	7	NO Se describen actuaciones específicas	NO Se describen líneas de actuación.	Actuación: Consolidar la red de recursos para la atención a la salud mental infanto-juvenil. Líneas de actuación: 4,5,6, y 7 (Página 133 documento)	SÍ. Línea Estratégica 8.
Cataluña	2017-2020	3	NO Línea Estratégica 1 y 3	NO Actuaciones del Objetivo 1.2 y 3.1,3.2	Línea: 1.Promoción y Prevención. 3. Garantizar que la atención especializada sea territorialmente equitativa, accesible, integral, competente y basada en la comunidad Objetivo: Desarrollar intervenciones preventivas para la población infanto-juvenil vulnerable.	SÍ. Línea Estratégica 4
Comunidad Valenciana	2016-2020	4	NO Referencia en Línea Estratégica 1	SÍ Objetivo específico 3.3	Línea: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. Objetivo 3.3: Garantizar 1 continuidad asistencial a la población infanto-adolescente. Actuación 4.3.1: Implantar la red de Hospitales de día infanto-adolescentes.	SÍ. Línea Estratégica 5.
Extremadura	2016-2020	4	NO No establece líneas estratégicas, si no áreas de actuación.	SÍ Objetivo General 4.3 específico 4.3.1	Área: Atención específica a poblaciones vulnerables. Objetivo: Mejorar la atención específica a la población infantil y juvenil que padece una enfermedad mental.	SÍ. Acción 40.4
Galicia	2017-2020 Solo acceso web al previo 2006-2011	3	NO Línea Estratégica 5	SÍ Objetivo 40	Línea: Desarrollo organizativo de los servicios de salud mental. Objetivo: Salud mental infanto-juvenil.	SÍ. Línea 5.5.5

Continuación Tabla 1: Descripción de las variables seleccionadas para su análisis en los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos y el Nacional.

Comunidad Autónoma	Última edición	Franja Vigencia (años)	Línea estratégica específica para Salud Mental Infanto-Juvenil	Objetivo Específico para Salud Mental Infanto-Juvenil	Formulación/Designación	Referencias a Formación
La Rioja	2016-2020	4	NO Línea Estratégica 3	SÍ Objetivo 5	Línea: Asistencia a los Trastornos Mentales. Objetivo: Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil.	SÍ. Línea Estratégica 6.
Comunidad de Madrid	2018-2020	2	SÍ Línea Estratégica 2.	Objetivos 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2-5	Línea: Atención a la salud mental de niños y adolescentes. Objetivos: Página 130 Documento	SÍ. Línea Estratégica 10
Murcia	2019-2022	3	SÍ Línea Estratégica II.5	Plantea 4 Objetivos no Numerados. Sí líneas de actuación II.5.1, II.5.2, II.5.3, II.5.4, II.5.5	Línea: Mejora de la Atención a los Trastornos Mentales Infanto-Juveniles. Objetivos y líneas de actuación: Página 140 documento.	SÍ. Línea Estratégica V.1 V.2
Navarra	2019-2023	4	NO No establece líneas estratégicas, si no áreas de actuación.	SÍ Objetivo 19	Área: Mejorar los Cuidados y experiencia de los pacientes. Objetivo: Mejorar la atención infanto-juvenil.	SÍ Objetivo 36 y 37
País Vasco	2010	NA	NO Línea Estratégica 4.	NO Referencias en Objetivos 4.1, 4.2, 4.5, 4.8, 4.11, 5.4,	Línea Estratégica: Atención a los Trastornos Mentales. Objetivos: Página 42 Documento.	SÍ. Línea Estratégica 6.
Nacional	2009-2013	4	NO Área 2.2	NO Establece recomendaciones	Área: Atención a los Trastornos Mentales Recomendaciones en el Objetivo general 4 y	SÍ. Estrategia 2.4

Continuación Tabla 1: Descripción de las variables seleccionadas para su análisis en los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos y el Nacional.

así como en la designación de dispositivos con competencias asistenciales equiparables, obstaculiza la comprensión del funcionamiento y estructura del Sistema de Atención Sanitario, tanto por los pacientes (especialmente que provengan de otras Autonomías) como de profesionales (en el intercambio y búsqueda de información sobre su área de actuación). (11) (12) No se evidencia un lenguaje común en cuanto a la designación de la atención, por lo que no habrá una alfabetización en salud común a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

Los recursos descritos tampoco son equiparables, retomando que dichas diferencias en la oferta de recursos pueden deberse a distintas necesidades poblacionales, es importante mencionar que si bien, la cobertura está asegurada, en muchas Comunidades esta cobertura es compartida con pacientes adultos y con profesionales de adultos, o en unidades de pediatría no especializadas, al no existir recursos específicos infanto-juveniles. (13) (14) (15)

En este sentido, la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS afirma el problema identificado en este trabajo, exponiendo literalmente: el desarrollo de sistemas de atención específica a estos problemas muestra, sin embargo, la habitual diversidad ligada a la organización territorial del Estado. En algunas CCAA está consolidada la existencia de dispositivos asistenciales específicos destinados a este fin, en otras están en fase de desarrollo normativo, mientras que en muchas ni siquiera se ha alcanzado esta fase. La delimitación del componente social y sanitario de las prestaciones de cuidados varía también entre las distintas Autonomías. (11)

Es importante remarcar que absolutamente todos los planes estratégicos disponen de líneas estratégicas relacionadas con la formación de profesionales, pero sólo uno en el área específica de Salud Mental del niño y adolescente. Si bien, aunque todos incorporasen este objetivo, encontraríamos un obstáculo en el siguiente escalón (o el anterior), la inexistencia de Planes de formación homogéneos en Salud Mental del Niño y

Adolescente, y ausencia de una especialidad reglada. Nos encontraríamos de nuevo ante una desigualdad en la oferta y acceso a la formación específica, y en última instancia en la calidad de la atención a las demandas de asistencia. (13)

No existen en la actualidad líneas formativas tanto en la universidad, como en la especialidad de Psiquiatría y Salud Mental, o en la formación continuada, homogeneizadas y regladas. La formación queda desplazada al interés e implicación profesional. Por otro lado, no se exige un perfil profesional específico para acceder a las Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil, de nuevo la adquisición de competencias específicas que signifiquen cuidados de calidad y seguros, no se establecen como prioritarios. A efectos administrativos cualquier profesional de la Salud Mental puede ejercer en Unidades de Salud Mental del niño y adolescente, independiente de su formación y capacitación en el área de psiquiatría infanto-juvenil. (6)

Por último, cabe mencionar la Ley de Protección del menor, que en su Artículo 2 punto 5 describe sobre el interés superior del menor: la intervención en el proceso de profesionales cualificados o expertos. En caso necesario, estos profesionales han de contar con la formación suficiente para determinar las específicas necesidades de los niños con discapacidad. En las decisiones especialmente relevantes que afecten al menor se contará con el informe colegiado de un grupo técnico y multidisciplinar especializado en los ámbitos adecuados.(6)

En definitiva, los planes estratégicos muestran una clara desigualdad tanto en la actualización de recomendaciones, objetivos y líneas de actuación, en la estructura, designación y oferta de recursos para la Salud Mental de niños y adolescentes. Así mismo dentro del Sistema Nacional de Salud, a efectos prácticos, no se exige un perfil profesional especializado y capacitado. Si bien las recomendaciones de los Planes afirman la necesidad de profesionales expertos para intervenir en la población infanto-juvenil con

trastornos o problemas de Salud Mental, el sistema no lo exige. (16) (17)

CONCLUSIONES

Es necesario seguir trabajando y reivindicando sistemas sanitarios autonómicos más igualitarios. Formulaciones estratégicas y líneas de actuación que primen la protección de los niños y adolescentes, para ello, además de la dotación de los recursos necesarios, se hace inherente la oferta de formación específica y la exigencia de un perfil profesional cualificado para la atención a la Salud Mental del niño y adolescente.

A la vista de los resultados analizados sobre la teoría, como futuras líneas de trabajo sería interesante preguntar a los principales actores sociales implicados, psiquiatras, enfermeros, psicólogos clínicos o trabajadores sociales que desempeñan su labor en la atención sanitaria de Psiquiatría de niños y adolescentes, en el que todas las CCAA estuviesen representadas. Mediante la realización de estudios en áreas locales, que respondan a las necesidades reales de la población, con el fin de analizar las dificultades y necesidades percibidas, así como objetivar las diferencias asistenciales.

Es imprescindible la concienciación y reivindicación a los responsables políticos y de planificación estratégica sobre la necesidad de paliar la desigualdad en la atención sanitaria, en áreas clave, especialmente en aquellas que atañen a la población más vulnerable, entre la que se encuentra la infancia y adolescencia.

La elaboración de modelos estratégicos de actuación más igualitarios, que aseguren la cobertura específica en esta área en cada Autonomía, además que permitan disponer de un lenguaje común y un sistema de recogida de datos que facilite el intercambio entre CCAA, con el fin de poder detectar necesidades mayores, se ha demostrado necesaria en España tras la revisión de todos los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos.

Para asegurar mayor igualdad en la atención de nuestros niños y adolescentes, esto debería ir ligado a la potenciación de iniciativas formativas en el área de Psiquiatría del niño y adolescente, de calidad, regladas y extensibles a todo el territorio nacional, además de la exigencia de un perfil profesional específico, demostrado mediante dicha formación, mientras no exista una especialidad específica oficial en España.

REFERENCIAS

1. Hidalgo Vega A. La asistencia sanitaria en salud mental juvenil en España [Internet]. Revista Estudios de Juventud; 2009. Disponible en: <http://www.injuve.es/sites/default/files>
2. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente [Internet]. Fundación Alicia Koplowitz. 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/>.
3. Europa afea a España que la especialidad de psiquiatría infantil no sea una realidad aún. Gaceta Médica [Internet]. 2019 [citado 30 de junio de 2019]; Disponible en: <https://www.gacetamedica.com/politica>
4. Rey J, Assumpção F, Bernad C, Çuhadaro-lu F. Historia de la psiquiatría del niño y el adolescente. En: Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. Ginebra; 2018. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/J.10>
5. Pedreira Massa J, Rodríguez Sacristan J. Formación en psiquiatría infantil en España: algo más que una necesidad. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1993;XIII:13-21.
6. Mollejo Aparicio E. Sobre la necesidad de crear la especialidad de psiquiatría infantil en España. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. marzo de 2007;27(1):3-4.
7. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry. 1 de julio de 2018;5(7):591-604.
8. Polanczyk GV. Identifying the gaps between

- science, policies, services, and the needs of youths affected by mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 de diciembre de 2014;23(12):1119-21.
9. Rodríguez Perera F de P, Peiró M. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Cardiol*. 1 de agosto de 2012;65(8):749-54.
 10. de Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biológica*. 1 de mayo de 2016;23(2):67-73.
 11. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
 12. Rajmil L, López-Aguilà S, Mompert Penina A, Medina Bustos A, Rodríguez Sanz M, Brugulat Guiteras P. Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *An Pediatría*. 1 de noviembre de 2010;73(5):233-40. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.02.022>
 13. Font-Ribera L, García-Continente X, Davó-Blanes MC, Ariza C, Díez E, García Calvente M del M, et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gac Sanit*. 1 de julio de 2014;28(4):316-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>
 14. Rajmil L, Palacio-Vieira JA, Herdman M, López-Aguilà S, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health Qual Life Outcomes*. 23 de diciembre de 2009;7(1):103. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-7-103>
 15. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. [Internet]. 1996. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17>
 16. Lapresa LB-, Arizaleta LH-, Rajmil L. Social Inequalities in Mental Health and Health-Related Quality of Life in Children in Spain. *Pediatrics*. 1 de septiembre de 2012;130(3):e528-35. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3594>.
 17. Sonogo M, Llácer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. febrero de 2013;22(1):203-11.

R. Acosta Hernández¹
M. Sanango Jara¹
F. Carrión Suárez²
H. Pereira Olmos³

1. Especialista en Pediatría Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
2. Especialista en Psiquiatría Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
3. Máster en Salud Pública Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Correo electrónico: fgcarrion@puce.edu.ec

*Rasgos de personalidad en adolescentes farmacodependientes de los centros Casa de la Niñez 2, centro Pumamaqui en la ciudad de Quito y CETAD de Otavalo – 2017**

Personality traits in drugs dependents teenagers of clinics Casa de la Niñez 2, centro Pumamaqui in the city of Quito and CETAD of Otavalo - 2017

RESUMEN

El consumo de alcohol en niños, niñas y adolescentes representa un problema grave de salud. Su inicio en edades tempranas, es un factor de riesgo para el policonsumo, complicándose la situación para el individuo y su entorno. En Ecuador, el incremento del consumo de tabaco, alcohol y drogas parecen ir en ascenso, a pesar de los programas de prevención y rehabilitación existentes, con el agravante del consumo de polifármacos asociado. Objetivo: Identificar la relación entre los rasgos de la personalidad y el consumo de sustancias adictivas a través de un test que pueda implementarse para desarrollar un perfil del potencial consumidor. Metodología: Se realizó un estudio cuanti-cualitativo con 41 adolescentes entre 10 y 19 años, la totalidad de población fue obtenida de los Centros de rehabilitación Casa de la niñez 2, Centro Pumamaqui de Quito y CETAD de Otavalo, se aplicaron los test: Big-Five Factors, Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT), Identificación de Dependencia de Drogas

e Historias de Vida. Se analizaron los resultados con prueba de Fisher y OR. Resultados: El 100% consume alcohol, 95,1% marihuana y 78% cocaína; entre las razones para el consumo señalan que el 48,8% lo hace para experimentar y 26,8% por diversión. Todos los rasgos se cuantificaron por debajo del promedio, la Estabilidad Emocional y los Acontecimientos Vitales Estresantes presentaron relación estadísticamente significativa con consumo de alcohol y drogas. Conclusiones: La determinación de rasgos de personalidad y características familiares pueden ser predictivos para el consumo.

Palabras clave: Adolescentes, AUDIT, Big-Five Factory Questionnaire, Consumo de alcohol y drogas, Historias de vida, Rasgos de personalidad.

ABSTRACT

Alcohol consumption in children and adolescents is a serious health issue. Starting alcohol consumption at an early age is a risk factor for polydrug use in the future, complicating the situation for the individual and his/her environment. Despite ongoing prevention and rehabilitation programs, in Ecuador tobacco, alcohol and drugs consumption seems to be increasing, alongside the consumption

* Artículo basado en la Tesis de Grado intitulada "RASGOS DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES FARMACODEPENDIENTES DE LOS CENTROS CASA DE LA NIÑEZ 2, CENTRO PUMAMAQUI EN LA CIUDAD DE QUITO Y CETAD OTAVALO – 2017" para optar al título de Especialista en Pediatría, año 2018. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de los autores mencionados.

of associated polypharmaceuticals. Objective: To identify the relationship between personality traits and the consumption of addictive substances through a test that can be implemented to develop a profile of potential consumers. Method: A qualitative and quantitative study was conducted on 41 adolescents from 10 to 19 years of age; the entire population was selected from Rehab Centers: Casa de la Niñez 2, Centro Pumamaqui in Quito and CETAD in Otavalo. The following tests were applied: Big-Five Factors, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), and Identification of Drugs Dependence and Life Stories. The results were analyzed with Fisher Test and Odds Ratio (OR). Results: 100% consumes alcohol, 95.1% marihuana, and 78% cocaine. 48.8% indicated that the reason for consumption is exploration and 26.8% is for fun. All the traits were quantified below the average: emotional stability and stressful life events showed a significant relationship with alcohol and drugs consumption. Conclusions: The determination of personality traits and family characteristics could predict the consumption of addictive substances.

Keywords: Teenagers, AUDIT, Big-Five Questionnaire Factory, Alcohol and drug consumption, Life stories Personality traits.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la farmacodependencia se define como un estado en el cual, una persona requiere el consumo de una cantidad periódica y repetida de una sustancia o algún fármaco para lograr la sensación de bienestar, o a lo sumo, para evitar sentirse mal, destacando principalmente la existencia de una pérdida de control del individuo sobre esta conducta (1). En concordancia, el CIE-10 define el Síndrome de Dependencia, como un grupo de manifestaciones que pueden ser de tipo fisiológica, cognoscitiva y de comportamiento, en las cuales el uso de una sustancia se convierte en la más importante necesidad, expresado a través de un deseo muy intenso, fuerte e incluso insuperable, de consumir esa sustancia o fármaco específico, incluyendo tabaco y alcohol (2).

En este sentido, es posible afirmar que el consumo de

drogas se convierte en un comportamiento de categoría muy compleja. Se describen una gran cantidad de variables que pueden influir en esta problemática como el ámbito o contexto en el que se presenta, ambiente familiar, la comunidad donde se circunscribe con mayor frecuencia el individuo, entorno social, económico, cultural, grupo de amistades, la influencia de variadas ideologías, entre otros, así como los motivos o razones de índole personal para incurrir en el consumo (3).

En este contexto, Barrios-Hernández (4) afirma que las adicciones han sido catalogadas como uno de los mayores problemas de la actualidad. Se inicia en la etapa de la adolescencia, generalmente, por lo que es de suma importancia controlar y disminuir los elementos o factores que propician el consumo; entre estos es posible citar algunos elementos que se contemplan en las llamadas familias disfuncionales.

Entre las sustancias de mayor consumo se encuentra el alcohol, dado que su consumo es imprescindible para algunas actividades de la vida cotidiana como la diversión, acentuado por los efectos de la presión social. Así, los jóvenes inician el consumo de alcohol a edades tempranas, que asociado al uso de otras drogas de abuso como las metanfetaminas, cannabis, cocaína y otros, se convierte en “puerta de entrada” a otras dependencias (5).

El concepto de personalidad y sus criterios de evaluación es controvertido cuando se trata el tema de personalidad en edades pediátricas, debido a que las diferentes conceptualizaciones de la personalidad oscilan entre su consideración como algo estable e inamovible en el individuo y la influencia más o menos importante del ambiente (6). En este orden de ideas, evaluar los rasgos de personalidad es muy importante en los estudios de adolescentes, definiéndolos como patrones que involucran los pensamientos, conductas y emociones que generalmente pueden presentar cierta estabilidad. Las diferentes investigaciones revisadas sugieren que existen ciertos rasgos vinculados con el consumo de sustancias adictivas (7) (8).

Aunque existen numerosos estudios, no es clara la relación de los factores individuales de personalidad con factores interpersonales concretos que estén presentes en el consumo de cualquier sustancia en

adolescentes; razón por la cual este estudio tienen como objetivo identificar la relación entre los rasgos de la personalidad y el consumo de sustancias adictivas a través de un test que pueda implementarse para desarrollar un perfil del potencial consumidor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizó un enfoque mixto (cuali-cuantitativo). Para la parte cuantitativa, se realizó una recolección de datos usando encuestas, que se basaron en una medición numérica con su respectivo análisis estadístico a través de los instrumentos establecidos para este fin. La sección cualitativa se abordó a través de entrevistas directas de los participantes para desarrollar Historias de Vida que permitieron indagar características del contexto familiar, apoyo del entorno, el consumo de drogas y la farmacodependencia desde su propia perspectiva.

La población fue de 41 niños, niñas y adolescentes (100%) de entre 10 a 19 años de los centros de rehabilitación Casa de la Niñez 2, Centro Pumamaqui en la ciudad de Quito y CETAD de la ciudad Otavalo, durante el segundo semestre del año 2017. Para el análisis cualitativo se tomó una muestra de 7-10 informantes de cada centro (muestra por conveniencia), a quienes se les realizó una Historia de Vida, hasta llegar a la saturación de la información. Respecto a los instrumentos, se aplicaron:

- Big-Five Factors Questionnaire (BFQNA): Test de personalidad que evalúa Energía (dinamismo y dominancia), Afabilidad Cooperación/Empatía y Cordialidad/Amabilidad), Tesón (Escrupulosidad y Perseverancia), Estabilidad Emocional (Control de Emociones y Control de los Impulsos) y Apertura Mental (Apertura a la Cultura y apertura a la Experiencia). La interpretación de las puntuaciones obtenidas es transformada a una escala universal de puntuaciones típicas T. Los resultados se enmarcan en Muy bajo (25-34), Bajo (36-44), Promedio (46-54), Alto (56-64) y Muy Alto (66-74).

- Test de Identificación de Desórdenes en el Uso de Alcohol (AUDIT): Test de uso de alcohol que evalúa el consumo de riesgo de alcohol, síntomas

de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Si el individuo obtiene una puntuación mayor a 20 es posible establecer una dependencia plena a esta sustancia, de 8 y 20 puntos se determina un consumo perjudicial o de riesgo, , finalmente un resultado por debajo de 8 no diagnostica la presencia de dificultades en el consumo de alcohol (9).

- Cuestionario de Identificación de Dependencia de las Drogas (CIDD): Test que evalúa la relación entre las conductas en los adolescentes que impliquen el uso, abuso o la dependencia propiamente dicha de sustancias adictivas en términos generales (10).
- Historia de Vida: La historia de vida es un instrumento que permite comprender de manera global a la persona desde su propia perspectiva, incluyendo aspectos, razones y justificaciones que ofrece su comportamiento (11).
- Para analizar las variables sociodemográficas se realizaron preguntas sobre edad, sexo, edad de inicio en el consumo de drogas, frecuencia de consumo, cantidad y presencia de consumo concentrado, entendiendo éste como tomar varias consumiciones o dosis de algún tipo de droga, como alcohol, porros, coca, pastillas durante un periodo corto de tiempo, cuantificado en pocas horas.

La base de datos y el análisis se realizó en el software SPSS (Ver.22). El análisis univariado se describió con medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Las medidas estadísticas para establecer asociación fue el OR y las de inferencia estadística con la prueba exacta de Fisher.

Cabe mencionar que el estudio fue aprobado por el Subcomité de ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (adscrito al Comité de Ética del Ministerio de Salud) y por las autoridades y equipos de docencia e investigación de los centros de atención. En todo momento se guardó la confidencialidad y se obtuvo la autorización de los adolescentes investigados y sus representantes a través de consentimientos y asentimientos informados.

RESULTADOS

El total de la población fue de 41 niños, niñas y adolescentes, de los cuales el 58,5% (n=24) fueron varones y el 41,5% (n=17) mujeres. La muestra se distribuyó en 17,1% (n=7) para la adolescencia temprana y 82,9% (n=34) se ubicó en adolescencia tardía.

Análisis cuantitativo

Los hallazgos de los diferentes test se los describe en las siguientes tablas:

Tabla 1. Distribución según Clasificación del AUDIT

Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje
>20 Dependencia Plena	13	31,7
8 a 20 Consumo Perjudicial o Riesgo	15	36,6
<8 No hay dificultades en el consumo	13	31,7
Total	41	100,0

Fuente: Rasgos de la personalidad en adolescentes farmacodependientes

Realizado por: Los autores

Tabla 2. Distribución según Consumo de Sustancias Adictivas

Sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	41	100
Tabaco	36	87,2
LSD	12	29,3
Marihuana	39	95,1
Cocaína	33	80,5
Opio/Heroína	15	36,6
Inhal/Solv/Pegam	18	43,9
Medicamentos	11	26,8
Hongos	8	19,5

Fuente: Rasgos de la personalidad en adolescentes farmacodependientes

Realizado por: Los autores

El 100% (n=41) de los adolescentes han consumido alcohol con un patrón perjudicial y dependencia en el 68,3% (n=28) de los casos. La siguiente sustancia consumida es la marihuana con el 95,1% (n=39), el tabaco con el 87,2% (n=36) y la cocaína (en sus diferentes formas) con el 80,5% (n=33) de los casos.

De los resultados del test de personalidad, se obtuvieron los siguientes resultados de las variables analizadas:

- **Energía:** Un 75,5% se encuentran fuera del promedio, el cual incluye a un 65,9% que son muy poco Dinámicos, extravertidos y dominantes. El 9,8% son bastante dinámicos, extravertidos y dominantes y el 24,4% tienen estas características igual que el promedio.
- **Afabilidad:** Un 92,7% se presentó fuera del promedio que incluye al 87,8% como poco altruistas, comprensivos y tolerantes y el 4,8% son bastante altruistas, comprensivos y tolerantes. Adicionalmente un 7,3% presentan estas características igual al promedio
- **Tesón:** El 80,5% se encuentra fuera del promedio, cifra que incluye 70,7% de los participantes poco responsables, ordenados y diligentes. El 9,8% presenta un alto nivel de responsabilidad orden y diligencia. El 19,5% muestran estas características igual al promedio.
- **Estabilidad Emocional:** Un registro de 82,9% fuera del promedio agrupa a un 78% que son muy poco equilibrados, tranquilos y pacientes y a un 4,9% que son bastante equilibrados, tranquilos y pacientes. El 17,1% presentan estas características igual al promedio.
- **Apertura Mental:** Un grupo conformado por el 75,6% se registran fuera del promedio, cifra que suma al 68,3% que son poco creativos, fantasiosos e informados y al 7,3% que son bastante creativos, fantasiosos e informados. Un 24,4% tienen estas características iguales al promedio.
- **Grado de distorsión de la Imagen Corporal:** Se obtuvo que el 75,6% presentó una distorsión

muy baja reflejando una imagen muy negativa de sí mismos; un 22% una distorsión baja agrupando a individuos poco sociales. Ambas cifras suman un 97,6% fuera del promedio y un 2,4% una distorsión libre de sesgos.

Tras realizar el análisis del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (marihuana, cocaína, hongos, medicación controlada, etc), con los rasgos de personalidad, se obtuvieron los siguientes datos (Ver Tablas 3, 4 y 5).

Las variables de asociación más importantes son los Acontecimientos Vitales Estresantes y Consumo de Drogas con una probabilidad 41,67 veces mayor de consumir drogas ($p=0,001$).

En cuanto a Estabilidad Emocional y Consumo de Alcohol hay una probabilidad de 8,125 veces mayor de presentar un consumo problemático de alcohol ($p=0,024$).

En la relación entre Acontecimientos Vitales Estresantes y Tabaco existe 13 veces más posibilidad de fumar si se ha experimentado Acontecimientos Vitales Estresantes ($p=0,029$).

En el resto de los casos no se evidenció relación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias adictivas y otros rasgos de la personalidad, factores sociodemográficos y característica familiares evaluadas.

ANÁLISIS CUALITATIVO

De las historias de vida realizadas resaltan los siguientes datos:

Con relación a la tipología familiar el 34,1% ($n=14$) pertenecen a familias nucleares; el 26,8% ($n=11$) a familia monoparental conformada por la madre; el 9,8% ($n=4$) eran de familia monoparental conformada por el padre; 4,9% ($n=2$) viven con un familiar; un grupo conformado por el 4,9% ($n=2$) tienen al padre o madre fallecido y el 2,4% ($n=1$) vive con su pareja.

Con respecto a la organización familiar un 19,5% ($n=8$) refiere afectarse por la separación de los padres y el 34,1% ($n=14$) pertenecen a familias nucleares.

Durante la entrevista realizada todos ($n=41$) los adolescentes afirmaron tener malas relaciones con al menos un miembro de su familia.

Con respecto a acontecimientos vitales estresantes un 14,6% ($n=6$) no refiere ninguno; el 7,3% ($n=3$) lo asocia a aborto; el 17,1% ($n=7$) refiere el abandono del padre o madre; 4,9% ($n=2$) refiere haber recibido maltrato físico; 19,5% ($n=8$) lo asocian a la separación de los padres; el 7,3% ($n=3$) han sido víctimas de bullying escolar; un 2,4% ($n=1$) se pliegan a accidente y un 9,8% ($n=4$) refieren la muerte del padre o de la madre.

Con respecto a los factores de riesgo reportados, el 14,6% ($n=6$) de la muestra tiene un familiar cercano con problemas de consumo o tráfico y el 7,3% ($n=3$) tiene un familiar cercano que se encuentra en la cárcel o en rehabilitación; el 17,1% ($n=7$) refiere el abandono del padre o madre; 4,9% ($n=2$) refiere haber recibido maltrato físico; otro porcentaje igual (4,9%; $n=2$) refiere que su consumo de drogas fue impulsado por problemas familiares.

Los principales motivos para el consumo fueron, en el 48,8% ($n=20$), por experimentar y por diversión en el 26,8% ($n=10$).

Con respecto a las redes de apoyo encontradas, el 75,6% ($n=31$) ha recibido apoyo de los familiares; el 34,1% ($N=14$) ha recibido apoyo de la escuela; el 31,7% ($n=13$) manifiesta haber recibido apoyo de parte de la iglesia; el 51,2% ($n=21$) manifiesta que considera el trabajo de sus familiares como un apoyo; un 31,7% ($n=13$) de los entrevistados manifiestan que el centro de salud ha brindado apoyo; un 14,6% ($n=6$) considera que el centro de rehabilitación ha sido un apoyo; el 51,2% manifiesta que los amigos les han apoyado; el 36,6% ($n=15$) ha recibido apoyo de su pareja.

El 63,4% ($n=26$) de la muestra manifiesta tener planes de estudios a futuro; 2,4% ($n=1$) tienen planes de trabajo; 7,3% ($n=3$) refiere que sus planes involucran conformar una familia; 2,4% ($n=1$) se visualizan practicando un deporte; un 7,3% ($n=3$) a futuro desean ser mejor persona.

DISCUSIÓN

Los participantes en este estudio presentaban entre 10 a 14 años en un 17,1% y entre 15 a 19 años el 82,9%, en concordancia con las cifras que maneja el CNII (12), donde señalan que en Ecuador el consumo

Tabla 3. Relación entre Consumo de Alcohol y Variables del estudio

Variable	AUDIT		Total	OR	IC 95%	p
Energía Fuera del Promedio Promedio	Con Problema n20 (48,8%) n8 (19,5%)	Sin Problema n11 (26,8%) n2 (4,9%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	0,455	0,082- 2,526	0,458
Afabilidad Fuera del Promedio Promedio	n27 (65,9%) n1 (2,4%)	n11 (26,8%) n2 (4,9%)	n38 (92,7%) n3 (7,3%)	4,909	0,403- 59,849	0,232
Tesón Fuera del Promedio Promedio	n23 (56,1%) n5 (12,2%)	n10 (24,4%) n3 (7,3%)	n33 (80,5%) n8 (19,5%)	1,380	0,275- 6,921	0,692
Estabilidad Emocional Fuera del Promedio Promedio	n26 (63,4%) n2 (4,9%)	n8 (19,5%) n5 (12,2%)	n34 (82,9%) n7 (17,1%)	8,125	1,315- 50,209	0,024*
Apertura Mental Fuera del Promedio Promedio	n23 (56,1%) n5 (12,2%)	n8 (19,5%) n5 (12,2%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	2,875	0,656- 12,602	0,241
Género Femenino Masculino	n9 (22%) n19 (46,3%)	n8 (19,5%) n5 (12,2%)	n17 (41,5%) n24 (58,5%)	0,296	0,075- 1,165	0,980
Estructura Familiar No Estructurada Estructurada	n8 (23,5%) n14 (41,2%)	n6 (17,6%) n6 (17,6%)	n14 (41,2%) n 20 (58,8%)	0,571	0,137- 2,380	0,487
Familia con Aspectos Negativos Presente Ausente	n13 (38,2%) n9 (26,5%)	n9 (26,5%) n3 (8,8%)	n22 (64,7%) n12 (35,3%)	0,481	0,101- 2,288	0,465
Acontecimientos Vitales estresantes Presente Ausente	n17 (50%) n5 (14,7%)	n11 (32,4%) n1 (2,9%)	n28 (82,4%) n6 (17,6%)	0,309	0,032- 3,013	0,389

Fuente: Rasgos de la personalidad en adolescentes farmacodependientes
 Realizado por: Los autores

Tabla 4. Relación entre Consumo de Tabaco y Variables del estudio

Variable	Tabaco		Total	OR	IC 95%	p
Energía Fuera del Promedio Promedio	Sí n28 (68,3%) n8 (19,5%)	No n3 (7,3%) n2 (4,9%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	2,333	0,331- 16,468	0,580

Afabilidad Fuera del Promedio Promedio	n34 (82,9%) n2 (4,9%)	n4 (9,8%) n1 (2,4%)	n38 (92,7%) n3 (7,3%)	4,250	0,311- 58,056	0,330
Tesón Fuera del Promedio Promedio	n30 (73,2%) n6 (14,6%)	n3 (7,3%) n2 (4,9%)	n33 (80,5%) n8 (19,5%)	3,333	0,455- 24,443	0,246
Estabilidad Emocional Fuera del Promedio Promedio	n30 (73,2%) n6 (14,6%)	n4 (9,8%) n1 (2,4%)	n34 (82,9%) n7 (17,1%)	1,250	0,118- 13,240	1,000
Apertura Mental Fuera del Promedio Promedio	n27 (65,9%) n9 (22%)	n4 (9,8%) n1 (2,4%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	0,750	0,074- 7,613	1,000
Género Femenino Masculino	n17 (41,5%) n19 (46,3%)	n0 (0%) n5 (12,2%)	n17 (41,5%) n24 (58,5%)	1,263	1,029- 1,551	0,065
Estructura Familiar No Estructurada Estructurada	n12 (35,3%) n17 (50%)	n2 (5,9%) n3 (8,8%)	n14 (41,2%) n20 (58,8%)	1,059	0,153- 7,337	1,000
Familia con Aspectos Negativos Presente Ausente	n19 (55,9%) n10 (29,4%)	n3 (8,8%) n3 (5,9%)	n22 (64,7%) n12 (35,3%)	1,267	0,181- 8,869	1,000
Acontecimientos Vitales estresantes Presente Ausente	n26 (76,5%) n3 (8,8%)	n2 (5,9%) n3 (8,8%)	n28 (82,4%) n6 (17,6%)	13,00	1,512- 111,78	0,029*

Fuente: Rasgos de la personalidad en adolescentes farmacodependientes

Realizado por: Los autores

Tabla 5. Relación entre Consumo de Drogas y Variables del estudio

Variable	Tabaco		Total	OR	IC 95%	p
Energía Fuera del Promedio Promedio	Sí n22 (53,7%) n7 (17,1%)	No n9 (22%) n3 (7,3%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	1,048	0,22- 4,981	1,000
Afabilidad Fuera del Promedio Promedio	n28 (68,3%) n1 (2,4%)	n10 (24,4%) n2 (4,9%)	n38 (92,7%) n3 (7,3%)	5,6	457- 68,68	0,200
Tesón Fuera del Promedio Promedio	n23 (56,1%) n6 (14,6%)	n10 (24,4%) n2 (4,9%)	n33 (80,5%) n8 (19,5%)	0,767	0,131- 4,475	1,000

Estabilidad Emocional Fuera del Promedio Promedio	n24 (58,5%) n10 (24,4%) n5 (12,2%) n2 (4,9%)	n34 (82,9%) n7 (17,1%)	0,96	0,159- 5,797	1,000
Apertura Mental Fuera del Promedio Promedio	n22 (53,7%) n9 (22%) n7 (17,1%) n3 (7,3%)	n31 (75,6%) n10 (24,4%)	1,048	0,22- 4,981	1,000
Género Femenino Masculino	n14 (34,1%) n3 (7,3%) n15 (36,6%) n9 (22%)	n17 (41,5%) n24 (58,5%)	2,800	0,627- 12,498	0,296
Estructura Familiar No Estructurada Estructurada	n11 (32,4%) n3 (8,8%) n15 (44,1%) n5 (14,7%)	n14 (41,2%) n20 (58,8%)	1,222	0,240- 6,233	1,000
Familia con Aspectos Negativos Presente Ausente	n17 (50%) n5 (14,7%) n9 (26,5%) n3 (8,8%)	n22 (64,7%) n12 (35,3%)	1,133	0,219- 5,864	1,000
Acontecimientos Vitales estresantes Presente Ausente	n25 (73,5%) n3 (8,8%) n1 (2,9%) n5 (14,7%)	n28 (82,4%) n6 (17,6%)	41,67	3,56- 486-937	0,001*

Fuente: Rasgos de la personalidad en adolescentes farmacodependientes

Realizado por: Los autores

de alcohol se inicia antes de los 14 años y la mayor frecuencia la experimentan los adolescentes entre los 15 a 17 años.

Todos los adolescentes de la investigación consumen alcohol, rodeados de presión social y como elemento inmerso en las actividades de la vida cotidiana del adolescente, siendo el patrón más habitual el de policonsumo junto a otras sustancias, tal como señala Montero (5).

En el presente estudio se evidenció un alto consumo de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, cuatro sustancias adictivas que suelen usar los jóvenes estudiantes, lo que coincide con los hallazgos de Puebla (13) el cual refiere que el 57,7% de los estudiantes han consumido alguna droga alguna vez en su vida, las tres principales sustancias en su estudio fueron alcohol 45,5%, tabaco en el 40,7% de los casos y la marihuana en un 24,3% de los alumnos. Igualmente, según estadísticas locales, en Ecuador

suelen ser las sustancias más consumidas por los adolescentes en base a los lineamientos que estipula el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas - CONSEP, (14).

La droga ilegal más consumida fue la marihuana con un 95,1% de los casos, estimada por el CNII (12) como la más común en Ecuador, seguida de cocaína en un 80,5%. Estas son adquiridas en las escuelas, la cual según lineamientos del CNII (12), es común en las instituciones privadas, lugar que afirma un 9,8% de los participantes como la fuente de obtención de la droga. Estos datos coinciden con el estudio realizado en Latinoamérica donde se incluye a Ecuador y se estima que la marihuana y cocaína fueron las drogas más referidas, luego del alcohol y el tabaco como sustancias adictivas (15).

Entre los rasgos de la personalidad evaluados, la Estabilidad Emocional en la presente investigación se presentó en el 82,9% fuera del promedio, con

características de muy poco equilibrado, en concordancia con Mena y Muñoz (16), quienes aseguran que el adolescente es susceptible de presentar algún tipo de desequilibrio emocional, adicionalmente las dificultades en cuanto al control emocional poseen estrecha relación con el consumo de sustancias adictivas, según lo señala Molina, (17).

En la presente investigación se logró establecer una relación estadísticamente significativa entre el Rasgo de Personalidad Estabilidad Emocional y consumo de alcohol, coincide con lo que refieren Cortés (7) y Claver (8). Es importante destacar que el rasgo Estabilidad Emocional incluye el control de impulsos, elemento que según Montero, (5) se ve afectado por el consumo de alcohol presente en el 100% de los participantes.

Entre los motivos que les impulsó hacia el consumo de sustancias adictivas más frecuentemente señalados por los participantes se encuentra experimentar, tal como lo afirma Barrios-Hernández (4) y por diversión, como lo afirma Montero (5). Igualmente estas cifras están cercanas a los conceptos emitidos por CNII (12), el cual señala la diversión como uno de los motivos comunes en el adolescente ecuatoriano en virtud a la falta de diversidad de que disponen para el uso adecuado del tiempo libre.

Se encontraron múltiples problemas en la dinámica familiar de los participantes, al igual que lo enunciado por Ponce (18), que señala entre los factores que pueden influir para el consumo de alcohol y drogas en la adolescencia se encuentran: hijos de padres alcohólicos o farmacodependientes, disfunción familiar y violencia familiar. Además, Barrios-Hernández (4) señala a la estructura y composición familiar como elementos que propician el consumo, mientras por su parte, Verdecia (19) refiere que las características de las familias de origen pertenecen a los elementos que pueden contribuir a mejorar la comprensión de esta problemática. El entorno familiar y comunitario puede afectar de diversas maneras a los adolescentes (20) (21).

Se pudo evidenciar la gran cantidad de factores y variables que rodean al adolescente consumidor, estableciendo lo multifactorial del problema, tal como

lo señala Páramo (3) cuando asegura que el consumo de drogas se convierte en un comportamiento de categoría muy compleja, se describen una gran cantidad de variables que pueden influir en esta problemática. Debido a esta complejidad, es muy importante su comprensión para desarrollar estrategias de prevención, que desde lo social entienda los factores y los aborde, mucho antes que aparezca el primer consumo.

CONCLUSIONES

El rasgo de personalidad más relevante para el consumo de sustancias fue la estabilidad emocional, siendo los acontecimientos vitales estresantes el factor socioambiental más prevalente.

Las drogas más consumidas fueron el alcohol, la marihuana, el tabaco y la cocaína.

Se reportaron múltiples factores de riesgo familiares y sociales que pudieron influir en el consumo de drogas en la población estudiada.

Limitaciones

Existió dificultades de acercamiento a la población del estudio debido a las limitaciones logísticas, al marco legal que protege a la población pediátrica y al muy escaso número de centros de atención a adolescentes consumidores adecuadamente certificados y legales. Los centros que participaron en este estudio se encuentran bajo la reglamentación del Ministerio de Salud y demás organismos.

AGRADECIMIENTOS

A los adolescentes y personal de las instituciones Casa de la Niñez 2 de la Unidad Patronato Municipal San José y Centro Pumamaqui en la ciudad de Quito, al CETAD de la ciudad Otavalo, así como al Postgrado de Pediatría y Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

REFERENCIAS

1. OMS. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. [Online].; 2003 [cited 2018]. Available from: <http://apps.who.int>

2. OMS - PAHO. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). [Online].; 2013 [cited 2018. Available from: <https://www.paho.org/>
3. Páramo M. Factores de Riesgo y Factores de Protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*. 2011; 29(1): p. 85-95.
4. Barrios-Hernández Y. Las familias disfuncionales como factor de riesgo adictivo en la adolescencia. *Revista de Adicción y Ciencia*. 2016; 4(1).
5. Montero F. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes. Discurso para la Brain Disorders Conference. *Adicción y Ciencias*. 2017; 5(1).
6. Zerpa J. *Scribid*. [Online].; 2014 [cited 2018. Available from: <https://es.scribd.com/>
7. Cortés M. Creencias Asociadas al Consumo Intensivo de Alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions*. 2011; 11(2): p. 179-202.
8. Claver E. *Adicciones y Personalidad*. [Online].; 2014 [cited 2018. Available from: <http://studylib.es>
9. OMS. Departamento de salud Mental y Dependencia de Sustancias AUDIT. [Online].; 2001 [cited 2018 03. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/
10. Fantin M. Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Rev Adicciones de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías*. 2006; 18(3): p. 285-292.
11. Villar F. *Historias de Vida y envejecimiento. Lecciones de Gerontología, VII*. 2006; 2(59).
12. UNICEF. UNICEF Ecuador. [Online].; 2014 [cited 2018. Available from: <https://www.unicef.org>
13. Puebla E, DE. Consumo de drogas y violencia escolar: diagnóstico de los alumnos en una secundaria pública urbana. *Revista Adicción y Ciencia*. 2016 Diciembre 5; 4(3).
14. CONSEP. Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas. [Online].; 2007 [cited 2018. Available from: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec>
15. ONUDD. Jóvenes y Drogas en países Sudamericanos: un desafío para las políticas Públicas.. [Online].; 2006 [cited 2018. Available from: <https://www.unodc.org/documents/>
16. Mena & Muñoz.. Facultad de Psicología. [Online].; 2010 [cited 2018. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/>
17. Molina A. *Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro*. *Revista Adicción y Ciencia*. 2013; 3(1).
18. Ponce M. Ministerio Público - Fiscalía de la Nación. [Online].; 2015 [cited 2018. Available from: <http://www.mpfj.gob.pe/escuela/>
19. Barrios V. Valoración ética de las conductas adictivas. *Revista Adicción y Ciencia*. 2013; 3(2).
20. OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Online].; 2017 [cited 2018. Available from: <https://www.who.int/maternal>
21. APA. DSM-5. [Online].; 2016 [cited 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
22. Principado de Asturias. Observatorio de la infancia y adolescencia. [Online].; 2015 [cited 2018. Available from: <http://www.observatoriodelainfanciadeasturias.es/>
23. Lacoste J. *Psiquiatría*. [Online].; 2000 [cited 2018. Available from: <https://www.psiquiatria.com/>

A.C. Rodrigo Gutiérrez¹
O.V. González Aduna
M.F. Brieba Rodrigo

1. Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil,
Hospital Virgen de la Luz

Correo electrónico: acrodrigo@sescam.jccm.es

*Implicaciones psicopatológicas en
un caso de discinesia ciliar primaria
(Síndrome de Kartagener)*

*Psychopathological implications in
a case of primary ciliary discinesia
(Kartagener Syndrome)*

RESUMEN

La discinesia ciliar primaria (PCD, Síndrome de Kartagener) produce diversos síntomas físicos limitantes. Las infecciones recurrentes de las vías respiratorias tienen un impacto significativo sobre la salud y el estilo de vida. Puesto que los pacientes necesitan evaluación clínica frecuente y tratamientos invasivos, como terapias inhalantes con broncodilatadores, antibióticos y fisioterapia torácica diaria, PCD se considera una enfermedad altamente estresante para los pacientes afectados y sus familiares.

En las revisiones realizadas encontramos pocos estudios sobre los aspectos cognitivos, conductuales y psicológicos de los niños y adolescentes con PCD, así como sobre el grado de estrés parental y el impacto de la enfermedad en la interacción entre padres e hijos. Pensamos que la PCD, como otras enfermedades raras, puede afectar la calidad del funcionamiento familiar y el equilibrio psicológico de los niños. En este caso, evaluamos la psicopatología, características cognitivas y conductuales y el estrés de la familia en un niño con PCD.

Palabras clave: Discinesia ciliar primaria, salud mental, estilo de vida, estigma.

ABSTRACT

Primary ciliary dyskinesia (PCD, Kartagener syndrome) produces various physical limiting symptoms. Recurrent respiratory infections have

a significant impact on health and lifestyle. Since patients require frequent clinical evaluation and invasive treatments, such as inhaled therapies with bronchodilators, antibiotics and daily chest physiotherapy, PCD is considered a highly stressful disease for affected patients and their relatives.

In the reviews conducted, we found few studies on the cognitive, behavioral and psychological aspects of children and adolescents with PCD, as well as on the degree of parental stress and the impact of the disease on the interaction between parents and children. We think that PCD, like other rare diseases, can affect the quality of family functioning and the psychological balance of children. In this case, we evaluate the psychopathology, cognitive and behavioral characteristics and stress of the family in a child with PCD.

Keywords: Primary ciliary dyskinesia, mental health, lifestyle, stigmatization.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Kartagener o discinesia ciliar primaria (PCD)(1,2) es una enfermedad rara (1:15.000-30.000 nacidos vivos) y predominantemente autosómica recesiva, debida a anomalías estructurales y funcionales de los cilios respiratorios. Se caracteriza por un movimiento ciliar alterado o ausente. Genera un déficit en el aclaramiento mucociliar que se manifiesta clínicamente como infecciones crónicas de vías aéreas

constantes desde el nacimiento, así como esterilidad masculina por inmovilidad del espermatozoide y situs inversus en el 40-50% de los pacientes (se cree debido a una alteración microtubular del epitelio embrionario). El diagnóstico se basa en el estudio de la movilidad ciliar mediante vídeo de alta resolución digital y alta velocidad, complementado con el estudio de la ultraestructura ciliar mediante microscopía electrónica.

En los pacientes diagnosticados en la infancia, se observa un empeoramiento progresivo de la enfermedad con una adherencia a la fisioterapia deficiente (3), particularmente en adolescentes y adultos. Los pacientes con la mayor carga de tratamiento tienen una peor calidad de vida. Con el tiempo, se vuelven cada vez menos interesados en tratar su enfermedad y la adherencia a las modalidades de tratamiento disminuye.

La PCD se asocia con un impacto progresivo y continuo en la salud física y mental de los pacientes. Se aprecia una afectación bidireccional entre las consecuencias físicas y psicopatológicas de la enfermedad y el apoyo familiar y social.

Los niveles de estrés de la crianza de los hijos en la fibrosis quística (FQ) (enfermedad que cursa con síntomas respiratorios similares) (4) son superiores a los de la crianza de niños sanos. Además, tensión entre padres e hijos y la falta de acuerdo entre los padres pueden asociarse también con problemas en el cumplimiento de tratamiento, y con un impacto adverso sobre el estado de la enfermedad y la salud de los niños.

Por otra parte, aunque se ha informado que las enfermedades crónicas podrían deteriorar las representaciones cognitivas en edad de desarrollo, no hemos encontrado estudios que lo vinculen con la capacidad cognitiva.

Presentamos un caso de un paciente con Síndrome de Kartagener que acude a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil en la adolescencia y evaluamos el abordaje psicológico y psicofarmacológico del paciente y atendemos a la relación que existe entre el síndrome de Kartagener, del que está diagnosticado, y los síntomas psiquiátricos que presenta. También señalamos las consecuencias de los síntomas psíquicos en el curso y pronóstico de su enfermedad física.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: El paciente acude a la consulta en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a los trece años de edad por dificultades en el aprendizaje e irritabilidad. No se centra para estudiar, suspende todo pero parece no importarle. Se muestra agresivo en ocasiones, tanto con compañeros como con los miembros de la familia. La relación es especialmente mala con la hermana (cuatro años mayor), con quien parece que existen celos mutuos.

Antecedentes personales: Embarazo no deseado por la madre, se quedó embarazada por la insistencia paterna. Parto normal. Diagnosticado al nacimiento de Síndrome de Kartagener con situs inversus total.

Desarrollo psicomotor normal salvo leve retraso en el control de esfínteres. Acudió a consulta en esta unidad por enuresis nocturna primaria a los 5 años de edad. Recibió tratamiento logopédico por dislalias.

Frecuentes infecciones respiratorias que requerían hospitalización, antibioterapia casi permanente y fisioterapia respiratoria. Intervenido quirúrgicamente de adenoides, amígdalas y oído medio.

Antecedentes familiares: El padre tiene problemas de abuso de alcohol y está desempleado. No acude a las consultas, a veces acompaña a la madre y al paciente pero se niega a entrar en el despacho. Sólo se ha logrado hablar con él una vez, donde manifestó preocupación por el chico pero temía que le consideraran a él culpable de la enfermedad de su hijo. La madre refiere que no se ha ocupado nunca de los hijos y señala que hay maltrato psicológico. Ésta no se atreve a plantear la separación por miedo a la posible reacción violenta del esposo.

La madre trabaja en ayuda domiciliaria y es la que aporta los ingresos de la familia. En tratamiento psiquiátrico por ansiedad y depresión. Refiere problemas económicos serios.

Hermano de la madre diagnosticado de Síndrome de Kartagener con afectación física importante.

Un hermano de la madre se suicidó a los 14 años y una hermana del padre a los 29.

Proceso: Cuando acude a la consulta, el paciente se muestra irritable, tiende a aislarse, no tiene motivación o interés por nada, facies triste. Los rendimientos

escolares son malos y en los últimos meses han empeorado. En los informes aportados desde el centro escolar destacan que su actitud ha cambiado del “ya lo sé” y no esforzarse por “no entiendo nada” y abandonar. Intenta acaparar continuamente la atención de los mayores y presenta excusas para no trabajar. Atribuye siempre sus fracasos a causas externas, no asume responsabilidades y culpa a los demás de sus fallos. Tienen excesiva permisividad con él debido a su enfermedad, que en ocasiones molesta a los compañeros.

Se observa ánimo depresivo, facies triste, ansiedad moderada, llanto al hablar de su familia. Aspecto y actitud que corresponden a menor edad cronológica.

Muy despistado, no se centra en clase. En muchas ocasiones no entiende los contenidos académicos ya que el absentismo escolar es frecuente debido a las infecciones respiratorias e ingresos hospitalarios por intervenciones quirúrgicas.

En los últimos meses, las infecciones han aumentado motivadas, en parte, porque se niega a realizar los ejercicios de fisioterapia respiratoria pautados. Es como si todo le diera igual. Piensa que con su enfermedad no va a poder hacer nada en la vida, que no merece la pena esforzarse por nada ya que no va a poder trabajar o tener una vida normal. Su argumento se hace difícil de rebatir porque un tío que está diagnosticado de la misma enfermedad, no se ha casado ni tiene trabajo, además la afectación física es importante.

Le han recomendado ejercicio físico diario para mejorar el drenaje de los pulmones pero tampoco lo realiza. Rechaza cualquier actividad que requiera un mínimo esfuerzo.

Experimenta rechazo de los compañeros de clase debido a su mal olor, procedente del drenaje del oído por los problemas de otitis.

En el ambiente familiar se observa sobreprotección, no le ponen normas ni límites y consigue todo lo que quiere. Pero no recibe la atención afectiva que precisa. Padre ausente, madre desbordada por los problemas económicos y atención a los abuelos gravemente enfermos, y hermana harta de los privilegios del paciente.

Intenta llamar la atención y buscar el afecto en los profesores. Posiblemente, el hecho de no hacer las tareas escolares propicia que los profesores estén más pendientes de él. Cuando se le plantea estudiar algo más en casa para poder llegar a aprobar el curso responde: “no me voy a pasar la tarde estudiando”.

En casa no realiza ninguna actividad, no ayuda con las tareas del hogar y tampoco se ocupa de su autocuidado o aseo personal. No tiene amigos, apenas sale de casa. Pasa el tiempo acostado viendo videos por el móvil.

En la consulta se muestra apático, no da información de entrada, no sabe el motivo de la consulta ni cree que le podamos ayudar. Para él es una consulta médica más, de las múltiples a las que le llevan a lo largo del año. Responde a las preguntas pero evitando entrar en detalles. Se observa facies triste, aspecto descuidado. No presenta signos de ansiedad. Niega ideación de muerte pero dice que le daría igual morir. No se aprecian alteraciones sensorio-perceptivas.

Juicio clínico: Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F43.21, CIE-10), secuela a patología física crónica

DISCUSIÓN: IMPACTO Y POSIBLES AREAS DE INTERVENCIÓN

Psicopatología

Diversos estudios (5) ponen en relación la sintomatología depresiva con la falta de adherencia a tratamientos físicos. Los síntomas depresivos, como la anergia o la abulia, pueden afectar negativamente en la motivación por el autocuidado. Las cogniciones negativas limitan además la percepción de autoeficacia a la hora de llevar a cabo las recomendaciones terapéuticas.

Nuestro paciente presenta un cuadro depresivo en primer plano, con una limitación de la calidad de vida, motivo por el que se inicia tratamiento psicofarmacológico con sertralina. Un estudio retrospectivo de 190 casos de FQ en niños y adolescentes reporta que el 9% cumple criterios del

depresión y el 50% estaba tratado con antidepresivos, los más frecuentes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS) (6). Los estudios en depresión en niños y adolescentes avalan que los efectos más potentes se logran combinando psicofármacos antidepresivos (tipo IRSS) y psicoterapia (7). Dado que las intervenciones psicoterapéuticas requieren implicación temporal y formación especializada, se han mostrado útiles intervenciones como la Terapia Interpersonal y la Terapia de Activación Conductual en estos casos. En nuestro caso intentamos psicoterapia de apoyo y cognitivo-conductual, con trabajo en expresión de sentimientos y resolución de problemas.

Nos encontramos con limitaciones a la hora de establecer un seguimiento psiquiátrico frecuente dadas las múltiples consultas con otros especialistas que transcurren en distinta comunidad autónoma. Pensamos que lo ideal sería que la atención multidisciplinar estuviera centralizada en un mismo lugar de referencia.

Escolar

Los problemas de adaptación a la escuela pueden derivar del largo período de absentismo escolar por las continuas visitas médicas y hospitalizaciones, la fatiga y el estrés psicológico al que se ve sometido. En este caso, el absentismo ha hecho que los rendimientos empeoren, debe repetir curso, cambia de compañeros y siente el rechazo de los mismos. Todo ello lleva a un círculo dominado por: absentismo, malos rendimientos, rechazo de los compañeros, fobia escolar, peores rendimientos.

Los objetivos fundamentales de estos programas se centran en mejorar el rendimiento académico y el apoyo por parte de sus compañeros.

Si el chico presentara problemas para reincorporarse por sintomatología de fobia escolar, algo no infrecuente tras periodos de absentismo, desde la dirección del centro, en coordinación con el chico, la familia y el psiquiatra/psicólogo/pediatra se debe establecer un plan de incorporación progresiva y adaptación. Con ello se conseguirá la disminución de la sintomatología ansiosa que le impide acudir a clases.

Familiar

Carotenuto et al.(8) muestran en su estudio un aumento en el estrés parental, relación paterno-filial y estrés materno en pacientes con PCD. Ante la enfermedad del niño, los padres experimentan con frecuencia estados intensos y continuados de ansiedad, preocupación y miedo hacia el manejo de la enfermedad y el pronóstico incierto a largo plazo. Asimismo, la enfermedad del niño impone demandas adicionales y significativas sobre los padres y los otros miembros de la familia, lo que contribuye con frecuencia a aumentar la experiencia de estrés en los padres, intensificar los conflictos familiares entre padres e hijos y afectar la salud mental de los miembros de la familia.

En este caso el padre se siente culpable y reacciona desentendiéndose del cuidado del chico, tampoco interviene en las consultas médicas ni es capaz de poner normas o límites.

La madre, en la que también se observan sentimientos de culpa, actúa con sobreprotección. Es ella la que está pendiente del chico y la principal parte activa en el tratamiento. Conoce la enfermedad porque la padece un hermano, lo que tiene ventajas a la hora de conocer los cuidados necesarios que requiere, pero, por otro lado, transmite constantemente al chico sus limitaciones presentes y futuras, sin dejar espacio para una esperanza de curación o mejoría, lo que influye en la autoestima del paciente, su situación anímica y sus planes de futuro.

Tiene una hermana mayor, que por un lado actúa protegiéndole, pero por otro son evidentes las muestras de celos. Se queja de que están más pendientes de él, no le riñen por nada y le dejan hacer lo que quiere.

La intervención con la familia del niño enfermo debe estar orientada a lograr que la familia avance en el proceso de adaptación a la nueva realidad. Este proceso de adaptación se produce a través de la adopción de estrategias de afrontamiento que ayudan a mantener la estabilidad afectiva y conductual de los miembros de la familia, así como la disminución de los sentimientos de perturbación asociados con la realidad de la enfermedad en el niño. Las estrategias que han resultado más efectivas a la hora de afrontar

la realidad de la enfermedad y favorecer la adaptación de la familia se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Ayudar a los miembros de la familia a fomentar el diálogo entre ellos con el fin de lograr un entendimiento realista de la enfermedad del niño enfermo y las implicaciones para los integrantes de la familia en relación con la vida diaria.
- El equipo médico juega un papel importante a la hora de ayudar a los padres a comprender que existe una relación clara entre la experiencia de un funcionamiento familiar normalizado y la adaptación del niño a la enfermedad.
- Al niño enfermo, al igual que a sus hermanos, se les debe recordar en todo momento que ellos no son responsables de la enfermedad.
- Ayudarles a establecer disciplina adecuada y a entender que el niño enfermo requiere como cualquier otro niño la seguridad de saber que existen límites firmes a sus conductas inapropiadas. Los padres deben evitar la sobreprotección y fomentar en el niño el autocuidado con el fin de proporcionarle el mayor grado posible de autonomía.
- Es importante que los padres fomenten vínculos y relaciones significativas con otros familiares y amigos, ya que éstos pueden ser una fuente de apoyo emocional y ayuda práctica.

En este caso, acuden a la asociación de familiares de Síndrome de Kartagener, dicen serles muy útiles en cuanto compartir y aprender las pautas a seguir. En ciertos momentos se encuentran con diferencias entre las diversas comunidades autónomas, por ejemplo, no pudiendo solicitar lo que en otras comunidades tienen.

Plan vital

La discinesia ciliar primaria cursa con problemas de fertilidad (9). La mayor parte de los varones con PCD tienen espermatozoides, pero éstos son inmóviles, siendo infértiles en su mayoría (más del 80%). Un factor contribuyente es la ausencia de actividad ciliar en los conductos eferentes testiculares que impiden la salida de espermatozoides. En mujeres, la deficiente actividad de las células ciliadas

en las trompas de Falopio interfiere en el transporte del ovocito al útero, reduciendo las tasas de fertilidad al 50% e incrementando el riesgo de embarazos ectópicos.

Si bien nuestro paciente aún no ha manifestado deseos reproductivos, tal preocupación ha sido planteada ya por la madre. El impacto de dicha preocupación se ve incrementado por el antecedente familiar del tío materno, afecto también de PCD, y cuyo diagnóstico se realiza en la edad adulta a consecuencia de estudio por infertilidad.

Abordaje: La infertilidad masculina no imposibilita la capacidad reproductiva del varón dado que existen técnicas de reproducción asistida, como la inyección intracitoplasmática. Sin embargo, dichas técnicas deben ir siempre precedidas de un adecuado consejo genético dado que la PCD es una enfermedad hereditaria. En el caso femenino, se requiere una adecuada monitorización de la gestación dado el riesgo de embarazo ectópico.

En nuestro caso resulta prioritario dar información paterna adecuada, y adaptarla a las preocupaciones del menor y a su momento evolutivo. En tal caso se procederá a derivación a profesionales especializados en reproducción para asesoramiento y consejo adecuado.

Esperanza y calidad de vida

Las personas afectas de PCD tienen una esperanza de vida normal. El declive en la función pulmonar es mucho más lento que, por ejemplo, el de los pacientes afectos de fibrosis quística. El situs inversus no suele asociarse a otras malformaciones congénitas. El retraso en la edad del diagnóstico se asocia a una peor evolución. Una vez establecido el diagnóstico, el paciente requerirá seguimiento y tratamiento especializado crónico así como de las agudizaciones (9).

Una adecuada intervención en el proceso de aceptación de la enfermedad será de importancia pronóstica fundamental de cara a una mejora en la adherencia terapéutica.

Para una adecuada intervención multidisciplinar de los pacientes afectos de PCD, será necesaria una coordinación entre los distintos especialistas que

intervienen en el proceso. La derivación a consultas específicas, así como la creación y desarrollo de las mismas permitiría una reducción y mejor organización de las visitas médicas, con una consecuente mejora en la adherencia y un abordaje más integral.

Estigma

Se define el estigma como una “marca o señal” en el individuo, que lo identifica y que implica una devaluación en comparación con los no-estigmatizados (10). Goffman habla de distintos componentes del estigma: “concealability” (percepción necesaria o inevitable), curso (desarrollo progresivo del estigma), “disruptiveness” (interferencia), estética (medida en que otros están rechazados), origen (responsabilidad) y peligro (posibles riesgos de la persona estigmatizada).

Los pacientes con PCD carecen de síntomas físicos visibles, si bien pueden presentar tos crónica y disnea de moderados esfuerzos. La repercusión en la fertilidad y herencia puede afectar negativamente al establecimiento de relaciones interpersonales. El fenómeno de situs inversus puede ser identificado como una mera variante anatómica o ser rechazado y ocultado, con las consecuentes implicaciones diagnósticas y terapéuticas negativas. Muchos de estos pacientes se sienten avergonzados y tienen sentimientos de culpa hacia sus cuidadores, lo cual puede causar aislamiento.

McMnus et al.(10) concluyen que el estigma percibido por los pacientes con PCD está relacionado con los parámetros medidos de salud mental y el impacto social de los síntomas físicos. Características de personalidad como la extroversión o el neuroticismo se correlacionaron también con el estigma.

CONCLUSIONES

La PDC es una enfermedad infrecuente con un gran impacto a nivel físico, psicológico y social en las personas que la padecen y aquellos que les rodean.

La afectación multisistémica requiere de un abordaje multidisciplinar coordinado, trabajo en conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica.

La repercusión psicopatológica del individuo afecto requiere intervención específica. Hay evidencias empíricas consistentes de que la combinación de

psicofármacos e intervención psicoterapéutica obtiene los efectos más potentes. En cuanto al tratamiento farmacológico, los ISRS han demostrado eficacia. A nivel terapéutico la Terapia Interpersonal y la de Activación Conductual han demostrado mayor eficacia dado que son técnicas breves y requieren menos especialización para su aplicación.

El impacto familiar requiere implicación de todos los miembros del sistema familiar, con toma de conciencia, asesoramiento y apoyo en el proceso.

La repercusión a nivel académico precisa de una coordinación con el centro escolar, así como una implicación de los docentes en la adquisición de los objetivos de aprendizaje e inclusión activa en el grupo de iguales.

REFERENCIAS

1. Armengot M, Mata M, Milara X, Cortijo J. Primary ciliary dyskinesia. Ciliopathies. Acta otorrinolaringol Esp. 2010; 61: 149-159
2. González de Dios J, Moya M., Sirvent M.C, Prieto J.J, Herranz Y, Juste M., et al. Síndrome de Kartagener: Una infrecuente causa de distrés respiratorio neonatal. An Esp Pediatr 1996;45:417-420.
3. McManus IC, Mitchison HM., Chung E, Stubbings G, Martin M. Primary ciliary dyskinesia (Siewert's / Kartagener's Syndrome): Respiratory symptoms and psycho-social impact. BMC Pulm Med. 2003; 3:4
4. Pfeffer PE, Pfeffer JM, Hodson ME. The psychosocial and psychiatric side of cystic fibrosis in adolescents and adults. J Cyst Fibros. 2003;2:61-8.
5. Rubio B, Gastaminza X. Paidopsiquiatría Psicosomática. León, España: Selene; 2014.
6. Ploessl C, Pettit RS, Donaldson J. Prevalence of depression and antidepressant therapy use in a pediatric cystic fibrosis population. Ann Pharmacother. 2014;48:488-93. doi: 10.1177/1060028013514846.
7. Dolle K, Schulte-Körne G. The treatment of depressive disorders in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2013;110:854-60. doi: 10.3238/arztebl.2013.0854.

8. Carotenuto M, Esposito M, Di Pasquale F, De Stefano S, Santamaria F. Psychological, cognitive and maternal stress assessment in children with primary ciliary dyskinesia. *World J Pediatr.* 2013;9:312-7.
9. Romero M, Rovira S, Caballero A. Manejo del paciente afecto de discinesia ciliar primaria. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017; 1; 423-437.
10. McManus IC, Stubbings G.F, Martin N. Stigmatization, Physical Illness and Mental Health in Primary Ciliary Dyskinesia. *J Health Psychol.* 2006;11: 467-482.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los requisitos que se muestran a continuación. Se devolverán a los autores/as aquellos envíos que no cumplan estas directrices.

- El manuscrito no ha sido publicado previamente ni se ha enviado ni está siendo considerado para su publicación por ninguna otra revista (o se ha proporcionado una explicación al respecto en los Comentarios al editor/director).
- El archivo de envío está en formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF o WordPerfect.
- El texto se presenta a doble espacio y con tamaño de fuente de 12 puntos. Debe utilizarse cursiva en lugar de subrayado (excepto en las direcciones URL).
- El texto cumple los requisitos estilísticos y bibliográficos resumidos en las **Directrices para los autores**.
- Se ha especificado la Sección de la Revista a la que se desea adscribir el manuscrito: Artículo de Revisión, Artículo Original o Caso Clínico.
- Se ha incluido una página titular incluyendo: título, lista de autores, número ORCID (www.orcid.org) correspondiente a los autores, nombre y dirección de los centros a los que pertenecen los autores, financiación recibida, teléfono, e-mail. Esta página debe enviarse en un archivo separado del que contenga el manuscrito.
- El manuscrito contiene un resumen en español, resumen en inglés y un máximo de 5 palabras clave en español e inglés.
- Cada una de las tablas, ilustraciones y figuras se presenta correctamente numerada en un archivo independiente. Preferiblemente, en formato xls

o xlsx para tablas y gráficos, y en formato jpg, png o tiff si son fotografías o ilustraciones. En el manuscrito se especificará la localización aproximada para cada una de ellas.

- La bibliografía sigue las directrices señaladas en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
- Siempre que sea posible, se han proporcionado los DOI para las referencias. En el caso de ser referencias web, se ha proporcionado la URL.
- Los autores han incluido las responsabilidades éticas y los conflictos de interés.
- Los casos clínicos se acompañan de un consentimiento informado, siguiendo las indicaciones del Committee on Publication Ethics (COPE). Se puede obtener un modelo de consentimiento informado en la página web de la revista.

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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). Tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, la investigación, la docencia y 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 diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterapéutico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* considerará para publicación el envío de manuscritos para las siguientes Secciones: Artículos Originales,

Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves y Cartas al Director.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición) Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Normas de Vancouver, 1997 y los alineamientos del [Comittee on Publication Ethics \(COPE\)](#) en ética de la publicación.

Los originales para publicación deberán ser enviados a través del sistema disponible en la [página web de la Revista](#), en la sección “Envíos”. Habrá que revisar periódicamente la web para ver la situación del artículo.

Estas 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, debe consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>, en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>)

Los originales se presentarán a doble espacio y con márgenes suficientes, escritos en cualquier procesador de texto estándar (preferiblemente en WORD). Las hojas irán numeradas. Se enviarán al menos 3 documentos independientes, por un lado una Carta de Presentación, la Página del Título y por otro el Manuscrito. Todos los documentos se enviarán de manera independiente para favorecer el proceso de revisión por pares. Si existen imágenes, tablas o figuras, cada una se enviará con un archivo aparte y numerado.

La Carta de presentación del manuscrito irá dirigida a la dirección de la revista para presentar el artículo brevemente y su interés en ser publicado.

La Página del Título debe incluir, en el orden que se cita, la siguiente información:

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos completos del autor/autores.
- c) Nombre del Centro de trabajo. Población. País.
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico institucional).
- e) Número [ORCID](#) de los autores
- f) Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora.
- g) 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.

El manuscrito debe incluir el Título completo, Resumen, Palabras Clave y el texto completo del artículo con sus diferentes secciones.

El resumen se hará en español e inglés y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (ej., 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 sin necesidad de estructuración.

Se incluirán hasta un máximo de cinco **Palabras Clave** elegidas de acuerdo con las normas de los índices médicos de uso más frecuente ([Medical Subject Headings](#)), de tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto aunque se aceptan 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. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia (Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2) para referirse a los fármacos (<http://nbn2r.com/>).

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.) y deberá incluirse la referencia correspondiente.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista. 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 parcial o totalmente sin permiso del comité editorial de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos

con licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. Si en algún artículo hubiera interés o fin comercial, se cederían los derechos a la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil y la AEPNyA.

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

- 50
- 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 sometido 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. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar 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, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

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 código correspondiente a dicha financiación.

Esta es una revista que sigue un proceso de revisión por pares para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, en caso 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 galeradas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeradas por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), 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.

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

Se considerarán tales los trabajos de investigación originales sobre cualquiera de las áreas de interés de la Revista. Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, con la siguiente estructura:

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el archivo del manuscrito:
 - 2.1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo
 - 2.3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos
 - 2.4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos
 - 2.5. Discusión
 - 2.6. Conclusiones
 - 2.7. Agradecimientos
 - 2.8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.9. Agradecimientos, si los hubiere
 - 2.10. Referencias

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/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, 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 considerarán 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 caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

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

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
 - 2.3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
 - 2.4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
 - 2.5. Resultado (la revisión propiamente dicha)
 - 2.6. Discusión
 - 2.7. Conclusiones
 - 2.8. Agradecimientos
 - 2.9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.10. Referencias

3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento en el campo de la Psiquiatría del niño y el adolescente, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, incluyendo

las citas bibliográficas y pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
 - 2.3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente
 - 2.4. Conclusiones
 - 2.5. Agradecimientos
 - 2.6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.7. Referencias

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 antes de su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de referencias 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. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

6. 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.

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de 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. Las contribuciones a los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

Las tablas deben estar numeradas de forma correlativa en función del orden de aparición en el texto empleando números arábigos, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas. Deben citarse en el texto donde corresponda (por ejemplo: 'Ver Tabla 1').

Los gráficos y figuras deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente jpg o tiff). Se asignará una numeración independiente a las de las tablas empleando también números arábigos y estarán debidamente citados en el texto (por ejemplo: 'Ver Figura 1'). Los gráficos y figuras deben tener un título describiendo su contenido. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas se presentarán al final del manuscrito. Se numerarán por orden de aparición en el texto, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de números entre paréntesis y de igual tamaño que el resto del texto) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía trabajos en español, si los hubiera, considerados de relevancia por los autores, 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> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

1. 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. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010; 29: 29-54).

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et

al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

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

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

3. Capítulo de libro: Autor/es 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 (Tsyrovich 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.

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. Se remitirá a los revisores externos 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. Podrá 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 plazo, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo. Asimismo, el Comité Editorial puede proponer la aceptación del trabajo en un apartado distinto al propuesto por los autores.

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

A través de este sitio web no se recaban datos de carácter personal de los usuarios sin su conocimiento, ni se ceden a terceros.

El portal del que es titular la AEPNyA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNyA. Al acceder a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA).

FINALIDAD

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA).

La finalidad del tratamiento de los datos obtenidos a través del formulario de contacto es la gestión de las solicitudes de información.

LEGITIMACIÓN

La legitimación para el tratamiento de los datos de envío de un artículo y los obtenidos a través del formulario de contacto es el consentimiento del titular de los datos.

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* tiene como objetivo mejorar cada día sus procesos de recepción, revisión, edición y publicación de artículos científicos. Es por ello que, además de cumplir con la Ley 14/2007 de 3 de julio de Investigación Biomédica y con la Declaración de Helsinki y sus posteriores enmiendas, adopta los lineamientos de Committee on Publication Ethics (COPE) en Ética de la publicación para evitar las malas conductas en la publicación, adoptar procedimientos ágiles de corrección y retractación y garantizar a los lectores que todos los artículos publicados han cumplido con los criterios de calidad definidos. Son consideradas malas conductas y causales de rechazo del manuscrito en cualquier etapa del proceso de publicación:

1. La publicación redundante
2. Plagio
3. Falsificación de datos (fotografías, estadísticas, gráficos, etc.)
4. Falsificación de información (filiación de los autores, firmas, etc.)
5. Suplantación y falsificación de autoría

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

Los autores de los artículos originales deben presentar una descripción precisa del trabajo realizado, los

resultados obtenidos (que deben ser expuestos de forma objetiva y reflejar verazmente los datos subyacentes), así como una discusión de su importancia en el contexto de la evidencia previa. Son inaceptables las declaraciones fraudulentas a sabiendas o inexactas y constituirán un comportamiento poco ético.

54 LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

Los autores deben asegurarse de que han escrito obras totalmente originales, y si los autores han utilizado el trabajo y / o las palabras de los demás, que ésta ha sido debidamente citado o citada. El plagio en todas sus formas constituye una conducta poco ética editorial y es inaceptable. Se utilizará un sistema de detección de plagio previo a la revisión de los manuscritos enviados a la revista.

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

Un autor no debería en general publicar los manuscritos que describen esencialmente la misma investigación en más de una revista o publicación primaria. Presentar el mismo manuscrito a más de una revista al mismo tiempo que constituye un comportamiento poco ético y su publicación es inaceptable.

En general, un autor no debe someter a consideración en otra revista un artículo previamente publicado. La publicación de algunos tipos de artículos (por ejemplo, guías clínicas, traducciones) en más de una revista puede estar justificado en algunas ocasiones, siempre que se cumplan determinadas condiciones. Los autores y editores de las revistas interesadas deben ponerse de acuerdo para la publicación secundaria, que debe reflejar los mismos datos y la interpretación del documento principal.

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

Siempre debe respetarse y dar un reconocimiento adecuado al trabajo de los demás. Los autores deben citar las publicaciones que han influido en la justificación, diseño y desarrollo del trabajo presentado, así como las correspondientes a los instrumentos y métodos específicos empleados, de estar disponibles. La información obtenida en privado, como en la conversación, correspondencia, o la discusión con terceros, no debe ser utilizada o ser comunicada sin el permiso explícito y por escrito de la fuente. La información obtenida en el curso de los servicios confidenciales, tales como el arbitraje o solicitudes de subvención no debe ser utilizada sin el permiso explícito por escrito del autor de la obra involucrada en estos servicios.

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

La autoría debe limitarse a aquellos que han hecho una contribución significativa a la concepción, diseño, ejecución o interpretación del presente estudio. Todos los que han hecho contribuciones significativas deben aparecer como co-autores. Cuando hay otras personas que han participado en ciertos aspectos sustantivos del proyecto de investigación, deben ser reconocidos o enumerados como colaboradores. El autor que se encargue de la correspondencia (autor de correspondencia) debe asegurarse de que todos los coautores han leído y aprobado la versión final del manuscrito y están conformes con su presentación para su publicación.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERESES

Todos los autores deben revelar en su manuscrito cualquier conflicto de tipo financiero o de otro tipo de intereses que pudiera ser interpretado para influir en los resultados o interpretación de su manuscrito. Deben mencionarse todas las fuentes de apoyo financiero que haya recibido el proyecto que se presenta en la publicación.

Como ejemplos de posibles conflictos de interés que deben ser descritos cabe mencionar el empleo, consultorías, propiedad de acciones, honorarios, testimonio experto remunerado, las solicitudes de patentes / registros, y las subvenciones u otras financiaciones.

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

El director/editor de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* es responsable de decidir cuáles de los artículos presentados a la revista deben publicarse. La validez científica de la obra en cuestión y su relevancia para los investigadores, clínicos y otros lectores siempre deben guiar este tipo de decisiones. El editor se basa en las políticas del Comité Editorial de la revista con las limitaciones previstas por los requisitos legales relativos a la difamación, violación de derechos de autor y plagio. El editor puede delegar en otros editores o revisores la toma de esta decisión.

JUEGO LIMPIO

Un editor debe evaluar los manuscritos para su contenido intelectual, sin distinción de raza, género, orientación sexual, creencias religiosas, origen étnico, nacionalidad, o la filosofía política de los autores.

CONFIDENCIALIDAD

El editor/director de la Revista y todo el personal del Comité editorial no deben revelar ninguna información acerca de un manuscrito enviado a nadie más que al autor de correspondencia, los revisores, los revisores potenciales, asesores de otras editoriales, y el editor, según corresponda.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTOS DE INTERÉS

Los miembros del Comité editorial no podrán emplear contenidos no publicados que figuren en un manuscrito enviado en la investigación propia sin el consentimiento expreso y por escrito del autor.

La información privilegiada o ideas obtenidas mediante la revisión paritaria debe ser confidencial y no utilizarse para beneficio personal de los revisores/editores.

Los editores/revisores se inhibirán de considerar y revisar manuscritos en los que tienen conflictos de intereses derivados de la competencia, colaboración, u otras relaciones o conexiones con cualesquiera de los autores, empresas o instituciones relacionadas con los manuscritos.

Los editores les solicitan a todos los articulistas revelar los conflictos de intereses relevantes y publicar correcciones si los intereses surgieron después de la publicación. Si es necesario, se adoptarán otras medidas adecuadas, tales como la publicación de una retracción o manifestación del hecho.

La revista de *Psiquiatría Infanto-Juvenil* se asegura de que el proceso de revisión por pares de los números especiales es el mismo que el utilizado para los números corrientes de la revista. Estos números deben aceptarse únicamente sobre la base de los méritos académicos y del interés para los lectores.

Las secciones que están regidas por la evaluación por pares están claramente identificadas.

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores

de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

Cualquier revisor seleccionado que se sienta incompetente para revisar la investigación reportada en un manuscrito o sepa que su revisión será imposible en un plazo razonable de tiempo debe notificar al editor/director mediante la web de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*: www.apenya.eu

CONFIDENCIALIDAD

Todos los manuscritos recibidos para su revisión deben ser tratados como documentos confidenciales. No deben ser mostrados o discutidos con otros.

NORMAS DE OBJETIVIDAD

Las revisiones deben realizarse objetivamente. La crítica personal del autor es inapropiada. Los revisores deben expresar claramente sus puntos de vista con argumentos para apoyar sus afirmaciones.

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

Los revisores deben ser capaces de identificar trabajos publicados relevantes que no hayan sido citados por los autores. Cualquier declaración por parte de los revisores de que una observación o argumento ha sido reportado previamente debe ir acompañada de una cita a la/s referencia/s pertinente/s. Los revisores también deben llamar la atención del editor/director en relación con cualquier semejanza sustancial o superposición entre el manuscrito en consideración y cualquier otro documento publicado del que tengan conocimiento personal.

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

Los materiales no publicados revelados en un manuscrito enviado no deben ser utilizados en la investigación de un revisor, sin el consentimiento expreso por escrito del autor. La información privilegiada o las ideas obtenidas a través de la revisión por pares deben mantenerse confidenciales y no usarse para beneficio personal. Los revisores no deben evaluar los manuscritos en los cuales tienen conflictos de intereses resultantes de relaciones competitivas, colaborativas u otras relaciones con cualquiera de los autores, compañías o instituciones relacionadas con los documentos.