

S
U
M
A
R
I
O

EDITORIAL

La función diagnóstica en salud mental infantil ¿Estamos patologizando el sufrimiento propio de la experiencia humana?

M. Romero González, M. Casanovas Espinar, M. Carulla Roig, L. Villalta Macía, M. Andreu Pascal, L. Chanes Puiggros 1

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Las indicaciones conforme a ficha técnica de los psicofármacos prescritos en psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión, actualización, uso “fuera de ficha” y consideraciones legales

F. Dualde Beltrán 5

CASO CLÍNICO

Psicopatología asociada al complejo Dandy Walker: descripción de un caso

I. García Miralles, G. Gamíz Poveda, M. C. Pacheco 22

Trastorno dismórfico corporal del adolescente

F. García-Escribano, MR. Pérez Moreno 30

Trastorno del vínculo en niños con trastorno del espectro alcohólico fetal

Miguel Romero-González, Mireia Primé-Tous, Inés Martín-Villalba, María Alejandra Martí-González 36

COMENTARIO DE LIBRO

El estrés postraumático en niños y adolescentes. Comentarios de cuatro libros publicados en los últimos años por el Dr. Víctor G. Carrión

Suana Crylles, Prudencio Rodríguez Ramos 54

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 56

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2020;37(4)

La [Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC [BY-NC-ND 4.0](#) y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

Hospital Clínic de Barcelona; CIBERSAM; Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (DIBAPS); Universitat de Barcelona.

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

César Soutullo

The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Francisco Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Universidad de Granada.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

José Salavert

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Horta-Guinardó; Hospital Sant Rafael; Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona.

Juan José Carballo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Madrid.

Óscar Herreros

Universidad de Granada.

Pedro Manuel Ruíz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Rafael de Burgos

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus
REDIB
MIAR
PsycINFO
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. 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@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

M. Romero González¹ 
M. Casanovas Espinar² 
M. Carulla Roig³ 
L. Villalta Maciá³ 
M. Andreu Pascual³ 
L. Chanes Puiggros⁴ 

La función diagnóstica en salud mental infantil ¿Estamos patologizando el sufrimiento propio de la experiencia humana?

1. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil. Hospital Regional Universitario de Málaga, España.
2. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, España.
3. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, España.
4. Departamento de Psicología Clínica y de la Salud-Serra Hunter Programme, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

El objetivo de este artículo editorial es difundir los comentarios y reflexiones más destacadas del “Encuentro de socios de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y del Adolescente-Fundación Alicia Koplowitz del 2019” como opinión de expertos para invitar a reflexión de profesionales sobre los diagnósticos en salud mental infantil.

“Pensad que cómo mínimo, establecer un diagnóstico psiquiátrico en la infancia debe de mejorar la calidad de vida del paciente, sobre todo cuando estamos ante seres humanos vulnerables y además tenemos la responsabilidad de estar en revisión continua de nuestras hipótesis diagnósticas para acceder o articular una respuesta terapéutica adecuada en cada momento de su desarrollo.” (Dr. Sabel Gabaldón. Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019)

A lo largo de los años, los diagnósticos han ido cambiando acorde a la época del momento. Tal vez, términos como “drapetomanía” o “disestesia etiópica” (1) no resulten tan familiares como la “psicosis

marxista” o la “homosexualidad egodistónica” (2), o más cercano aún, “los trastornos de identidad de género” (3). A lo largo de la historia, la ciencia ha estado en manos del poder, ya sea el Estado o la Iglesia, y de alguna manera las desviaciones de las normas sociales eran consideradas patológicas, como función tranquilizadora de depositar “el mal” fuera de uno mismo o dar un sentido a aquello que no se comprende acorde a la cultura de cada momento como “esa manía de querer escapar de la esclavitud” (1).

En el siglo pasado, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, junto con otros autores relevantes como Charcot o Bleuler, describieron numerosas y notables aportaciones a la psiquiatría. Por ejemplo, detallaron las bases etiológicas de distinguidas patologías mentales con la rememoración de los traumas psicógenos en la neurosis, la interpretación de los sueños, o postularon la existencia de una sexualidad infantil perversa polimorfa (4). Sin embargo, la cuestión que nos planteamos es ¿podemos seguir explicando la realidad del hoy, con las hipótesis de hace un siglo?

El ver de dónde viene la historia de los diagnósticos psiquiátricos, nos puede ayudar a comprender hacia dónde vamos. Estamos siendo testigos de una cultura de continuo cambio, con la revolución tecnológica a la orden del día y el impacto que se origina en los más jóvenes con la aparición de nuevas “patologías”. Por ejemplo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (5) ha incluido en su última versión el trastorno por uso de internet, o trastorno de uso por videojuegos. Las adiciones a las nuevas tecnologías, ya sea como herramienta de aislamiento, o como inminente necesidad de compartir cada momento vital en las redes sociales, conlleva una exposición e impacto en la construcción de la identidad de los más jóvenes.

La psiquiatría, como ciencia, adopta un modelo médico para afrontar los trastornos mentales, pero considera más que en ninguna otra especialidad médica, tanto los factores biológicos como los psicológicos, socio/culturales y antropológicos. Por lo tanto, los diagnósticos en salud mental, son constructos que se deben de ajustar en gran medida a la cultura del momento. El cerebro es un órgano dinámico, al igual que el conocimiento, las ideas, las hipótesis, las tradiciones y las costumbres del ser humano, que cambian con el paso del tiempo. Por lo tanto, los profesionales de salud mental, más que en ninguna otra ciencia, debemos tener una actitud de revisión, actualización y cambio continuo. Sin embargo, muchas veces, caemos en la comodidad de seguir anclados en las mismas hipótesis del siglo pasado para explicar “las enfermedades mentales” actuales.

Por ello, desde el aprendizaje del ayer, en el siglo XXI, debemos de cambiar a una ciencia al servicio de las personas, adaptándonos a la cultura y circunstancias del momento. Esto conlleva que tengamos que estar en actualización constante de las patologías en salud mental. En algunas ocasiones, la ciencia y la sociedad nos mostrará que debemos de despatologizar, como es el caso de los “trastornos de identidad de género”, cuya nomenclatura ya aparece en los nuevos manuales diagnósticos como “disforia de género”. De esta forma se elimina su conceptualización como trastornos. En otros casos, se describen nuevos trastornos, como por ejemplo el diagnóstico aún controvertido de “Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad” (TDAH), que proviene de la terminología de “mínima disfunción cerebral” del DSM-I (1952). Este trastorno describe un conjunto de síntomas clínicos, con una etiología compleja de interacción entre factores

biológicos, sociales y psicológicos, propios de los trastornos mentales, con un tratamiento terapéutico y un pronóstico bien definidos y avalados por una robusta literatura científica (6).

Los diagnósticos en salud mental infantil no pretenden patologizar ni etiquetar al ser humano en desarrollo. Por lo tanto, pretender una sociedad indolora, evitar las frustraciones de la vida o cualquier situación que genera malestar, como puede ser la disforia de género, no es la función del diagnóstico psiquiátrico. Los diagnósticos en salud mental parten del conocimiento científico, pero también del humanista, de que el dolor y la tristeza son innatos a la existencia humana. Sólo una visión profunda y elaborada de la realidad humana tienen en cuenta que todas las emociones son legítimas; la tristeza, la alegría, el odio, la envidia, los deseos e incluso las emociones más ambivalentes (7).

De hecho, Allen J. Frances, psiquiatra americano y autor del DSM-IV, advierte que con la flexibilización del DSM-5, existe un mayor riesgo de inflación de las patologías mentales basados en síntomas subjetivos (8). Cruzar los límites de la normalidad supondría perder el fundamento de los diagnósticos en psiquiatría y una patologización de la experiencia humana.

“Las decisiones clínicas siempre conllevan decisiones éticas y por eso tenemos la gran responsabilidad de saber discernir entre los límites de la normalidad, lo cultural, lo adaptativo, la diversidad sexual y de género, con lo que es psicopatología y la aparición de nuevas realidades y síntomas que debemos de definir, comprender, reflexionar e investigar para crear una ciencia fidedigna adaptada a la sociedad del momento” (Dr. Sabel Gabaldón. Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019).

Otra de las cuestiones relevantes debatidas durante el Encuentro fue la priorización de la autonomía del paciente, Art. 16 & 25 del código deontológico (9), dejando de lado “el paternalismo,” muy ligado a la práctica médica hasta hace apenas unos años.

Así, según M. Portella: *“El conocimiento es la mejor herramienta que existe para superar miedos y prejuicios, disminuye la culpabilidad y empodera al usuario, dignificándole así para poder tomar la mejor decisión terapéutica acorde a los valores de cada familia, minimizando las diferencias, y por consiguiente, la estigmatización en salud mental infantil”* (10). Por tanto, lo más importante es compartir el conocimiento para ayudar a las familias

a la mejor toma de decisión terapéutica acorde a sus valores, creencias y necesidades.

Diagnosticar implica una perspectiva holística del ser humano; no todo es biología ni genética como no todo es psique ni contexto. Por ello, el proceso diagnóstico debe basarse en una perspectiva biopsicosocial (11). Sin embargo, los profesionales en salud mental también consideramos crucial el acompañamiento empático en el proceso diagnóstico, compartir los conocimientos científicos y biológicos existentes y reflexionar sobre el entorno y la subjetividad de cada persona, sus experiencias vitales y sus circunstancias. Sin embargo, siempre hay que permitir que el sujeto y/o sus familiares en el caso de menores, participen activamente en la decisión terapéutica, respetando así el principio de *Autonomía*.

Si dejamos de lado alguno de estos aspectos etiológicos en salud mental, si no valoramos con un enfoque biopsicosocial, si no comprendemos la etiología compleja de interacción entre factores ambientales y genéticos que hay de base en los trastornos mentales, si no nos actualizamos y nos adaptamos a la cultura que vivimos, podemos caer en errores del pasado. Por ejemplo, culpabilizar a una madre de un niño con autismo de ser “madre nevera” (12), con el potencial impacto dañino que esta nomenclatura podría conllevar en el desarrollo afectivo y vincular de la relación madre-hijo. Igualmente, un ejemplo más actualizado; no ofrecer la opción a los padres para que puedan decidir y ejercer su derecho de autonomía y libertad, si darle o no a su hijo un tratamiento que ha demostrado una alta eficacia para la sintomatología de TDAH, con el impacto tan negativo que esta sintomatología conlleva en el funcionamiento y el desarrollo socioemocional de estos menores (13).

¿No será pues la función del diagnóstico abrir puertas desde el conocimiento, no sólo de los factores biológicos o sus manifestaciones clínicas, sino también desde la comprensión del entorno y la cultura para que podamos contribuir a una mejor evolución de la infancia? *“Cuando conoces, ya no rechazas, sino que te empoderas, porque puedes participar activamente en lo que quieres para tu hijo/a, y decidir cómo quieres que se le trate y tomar la decisión más adecuada para su bienestar y así fomentar la autonomía del usuario.”* (Dra. María Portella, Encuentro de Socios Asociación de Científicos Fundación Alicia Koplowitz, 2019)

En conclusión, desde el último Encuentro de Socios de la Asociación de Científicos de Salud Mental del Niño y Adolescentes - Fundación Alicia Koplowitz, apostamos por un modelo biopsicosocial en los diagnósticos de salud mental en la infancia. Así mismo, proponemos la supervisión continua de las hipótesis diagnósticas acorde al desarrollo del menor y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida del menor y su entorno. Por último, destacamos la importancia de empoderar a las familias para que puedan contribuir a la mejor toma de decisión terapéutica de estos menores.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a los invitados de este encuentro, el Dr. Sabel Gabaldón, psiquiatra del servicio de psiquiatría y psicología del Hospital Sant Joan de Deu (Barcelona) y Máster en Bioética y la Dra. María J. Portella, neuropsicóloga e investigadora en el instituto de investigación Biomédica de Sant Pau (Barcelona), por sus enriquecedoras aportaciones que hicieron de este encuentro una experiencia muy enriquecedora para reflexionar sobre estas cuestiones tan cruciales en el día a día en salud mental infantil.

REFERENCIAS

1. Cartwright SA. Report on the diseases and physical peculiarities of the human race. Concepts of health and disease: International perspectives. 1981:305-26.
2. Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición. Organización Mundial de la Salud. 1990.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association (APA). 1994.
4. Freud S. Tres ensayos sobre teoría sexual. Editorial Verbum; 2019 Sep 12.
5. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization (WHO). 2018. <https://icd.who.int/>
6. Barkley RA. Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 2015:81-115. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.9>

-
7. Ginott A. and Wallace Goddard H. Entre padres e hijos. Ediciones Medici. 2003.
 8. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*. 2012 Apr 27;8: 109-30. PMID: 22035240. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
 9. Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos. *Código Deontológico*. <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
 10. Portella, M. J. *Mundos invisibles: el espectro autista explicado por una madre neurocientífica*. Tibidabo Ediciones, SA. 2018.
 11. Engel, George L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977: 196:129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
 12. Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American journal of Orthopsychiatry*. 1949 Jul;19(3):416. PMID: 18146742. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1949.tb05441.x>
 13. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*. 2018 Feb 1;5(2):175-86. PMID: 29033005. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30167-0)

F. Dualde Beltrán 

Psiquiatra. Psicoterapeuta parental, Profesor Asociado de la Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia, España. Correo electrónico: fernando.dualde@uv.es

Las indicaciones conforme a ficha técnica de los psicofármacos prescritos en psiquiatría del niño y del adolescente. Revisión, actualización, uso “fuera de ficha” y consideraciones legales

On-label Indications of Psychotropic Drugs Prescribed in Child and Adolescent psychiatry. Review, Update, Off-label Use, and Legal Considerations

RESUMEN

La prescripción de medicamentos autorizados para su utilización en condiciones distintas a las autorizadas, coloquialmente conocida como prescripción “fuera de ficha técnica” es una práctica habitual en psiquiatría del niño y del adolescente. Dicha práctica tiene consecuencias clínicas y legales tanto para el paciente como para el prescriptor, por lo que es importante tener una información actualizada de las indicaciones aprobadas como del estatus jurídico derivado de esta modalidad de prescripción. Este artículo lleva a cabo una revisión exhaustiva y actualizada de las indicaciones específicas para niños y adolescentes de 112 psicofármacos empleados en psiquiatría, de acuerdo con la información que contienen las 177 fichas técnicas correspondientes de los medicamentos aprobados para su comercialización en España. La prescripción de psicofármacos con indicación fuera de ficha en menores de 18 años es la norma más que la excepción y, requeriría de forma sistemática la obtención del consentimiento informado, según la normativa actual.

Palabras clave: psicofármacos, niño, adolescente, ficha técnica, prescripción fuera de ficha.

ABSTRACT

Prescription of medicines for use under conditions other than authorized, colloquially known as “off-label” prescription, is a common practice in child and adolescent psychiatry. This practice has clinical and legal consequences for both the patient and the prescriber, so it is important to have up-to-date information on the approved indications and the legal status derived from this type of prescription. This article carries out a comprehensive and up-to-date review of the specific indications for children and adolescents of 112 drugs used in psychiatry, according to the information contained in the 177 corresponding “summary of product information” approved for marketing in Spain. Off-label prescription Central Nervous System drugs in children under 18 years of age is the rule rather than the exception and therefore systematically would require obtaining informed consent, according to the current normative.

Keywords: psychiatric drugs, child, adolescent, summary of product characteristics, off-label prescription.

1 INTRODUCCIÓN

La prescripción de medicamentos autorizados para su utilización en condiciones distintas a las autorizadas, coloquialmente conocida como prescripción “fuera de ficha técnica” es una práctica habitual en psiquiatría del niño y del adolescente (1,2) que suscita periódicamente preocupación en medios profesionales y da lugar a diversos posicionamientos que recomiendan mejoras que regularicen la situación (3,4). En el caso que nos ocupa, esta situación parece guardar bastante relación tanto con la edad como con la patología de la población atendida, pues la prescripción fuera de ficha constituye una práctica muy habitual a nivel hospitalario, con los inevitables conflictos entre el facultativo prescriptor y el servicio de farmacia hospitalaria, y en determinadas especialidades médicas como pediatría, oncología, psiquiatría –superando el 90% de las prescripciones de antipsicóticos en población pediátrica en nuestro medio–, ginecología y cuidados paliativos (1,5,6).

El cambio más significativo en España en los últimos 15 años respecto a la situación previa descrita por Mollejo (7) acerca de la prescripción de psicofármacos en niños y adolescentes fuera de ficha técnica fue la publicación del Real Decreto 1015/2009, que reguló la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales e introdujo la importante diferenciación entre el uso compasivo y la prescripción de medicamentos autorizados cuando se utilizan en condiciones distintas a las autorizadas (8).

Baste recordar ahora que dicho RD 1015/2009 establece, en su artículo 13, apartado 1 que “La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente [...]. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento”. Habitualmente, tales “condiciones diferentes” suelen

deberse a indicación, rango de edad, dosis o vía de administración distintas a las recogidas en ficha técnica (6), de las cuales las dos primeras –indicación y rango de edad– son las que habitualmente tienen lugar en la prescripción fuera de ficha de fármacos en psiquiatría del niño y del adolescente.

Además, el artículo 14 del RD 1015/2009 establece las obligaciones de la Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) en cuanto a la elaboración y revisión de las recomendaciones de uso recogidas en la ficha técnica, y la creación de un sistema de intercambio de información con las autoridades competentes de las comunidades autónomas. Recordemos que la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios (9) sanciona la validez legal de la ficha técnica y de la información contenida en ella, y comporta consecuencias legales tanto para el laboratorio que comercializa el fármaco como para el prescriptor, hasta el punto de que el uso de un medicamento en indicaciones diferentes de las autorizadas podría tener consecuencias penales, quedando el médico en una situación de especial indefensión puesto que el laboratorio farmacéutico sólo se haría responsable cuando el medicamento se hubiera prescrito en las indicaciones señaladas en su ficha técnica (10). La ficha técnica constituye, por tanto, un documento oficial y podría ser utilizado en los tribunales como referencia para juzgar la conducta profesional de un médico (11). Remitimos a Blanco Reina para una revisión de la importante flexibilización que dicho RD 1015/2009 introdujo en el proceso de prescripción farmacológica, así como del papel de las fichas técnicas de los medicamentos y de las implicaciones clínicas y legales del uso “fuera de ficha” (5).

Este artículo lleva a cabo una revisión exhaustiva y actualizada de las indicaciones específicas para niños y adolescentes de 112 psicofármacos empleados en psiquiatría, de acuerdo con la información que contienen las 177 fichas técnicas correspondientes de los medicamentos aprobados para su comercialización en España, disponibles a través de la consulta de la página web del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA) (12).

2 MATERIAL Y MÉTODO

Para obtener la relación de sustancias con acción psicótropa con autorización vigente en España se ha recurrido a los *Listados de principios activos por grupos del “Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system” (ATC o Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química) e incorporación del pictograma de la conducción* (13), en concreto al “Listado del Grupo N. Sistema Nervioso” (14) (tabla 1). El motivo de la elección de ese *Listado...* se debe a que contiene la relación actualizada de productos con acción psicótropa más reciente que ofrece la AEMPS. Se trata de un documento elaborado por un grupo de trabajo que se constituyó en 2008 con la finalidad de llevar a cabo una revisión detallada de los principios activos pertenecientes a todos los grupos terapéuticos existentes –más de 13.000 medicamentos autorizados– para valorar sus efectos en la conducción de vehículos y maquinaria pesada (15).

La alternativa a la elección de este *Listado...* era la elaboración de una relación de fármacos a partir de la búsqueda específica de cada código ATC empleando el “buscador para profesionales sanitarios” disponible en la página web de CIMA (16). Esta estrategia hubiera representado un trabajo más laborioso para llegar a un resultado similar. Por un lado, aunque el “buscador...” dispone de un árbol desplegable, no permite ver el conjunto completo de los diferentes subgrupos con los medicamentos que los integran, mientras que los listados que ofrece la

AEMPS en otros lugares de su página web no están jerarquizados por grupos ATC. Por otro lado, dicha estrategia llevaría asociada la labor de descarte de los fármacos retirados de la comercialización a lo largo del tiempo, mientras que el *Listado...* ya está depurado, salvo algunas exclusiones e inclusiones en el mismo que se señalan en el apartado de resultados.

En cuanto a los principios activos seleccionados, el objetivo de esta revisión son la mayoría de los fármacos incluidos en el “grupo N. Sistema nervioso”, de la clasificación ATC, así como dos fármacos del “grupo C. Sistema cardiovascular”. En concreto, se ha excluido los subgrupos “N01. Anestésicos” y “N02. Analgésicos” porque no contienen fármacos empleados habitualmente en psiquiatría infantil. Por el contrario, se ha revisado exhaustivamente los restantes de subgrupos. Como es bien sabido, el subgrupo “N03. Antiepilepticos” lo integran fármacos empleados en psiquiatría para la prevención de recaídas y recurrencias del trastorno bipolar y de la depresión monopolar recurrente, para el tratamiento de episodios maníacos, como potenciadores del tratamiento antidepresivo, en el tratamiento de la ansiedad generalizada, para el control de los impulsos en los trastornos de conducta y del comportamiento, y como sedantes. Del subgrupo “N04. Antiparkinsonianos”, sólo se ha vaciado uno de los dos subgrupos, el “N04A. Agentes anticolinérgicos”, excluyendo el “N04B. Agentes dopaminérgicos”. En cuanto al subgrupo “N07.

7

Tabla 1. Relación de subgrupos farmacológicos del grupo N. Sistema Nervioso del Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC) y estado de la revisión con fecha de actualización para su inclusión en los *Listados de principios activos por grupos ATC e incorporación del pictograma de la conducción*.

Código ATC* del Subgrupo Farmacológico	Descripción del Subgrupo Farmacológico	Estado de revisión	Fecha de actualización
Subgrupo N01	Anestésicos	Completada	21/02/2020
Subgrupo N02	Analgésicos	Completada	02/06/2010
Subgrupo N03	Antiepilepticos	Completada	13/06/2011
Subgrupo N04	Antiparkinsonianos	Completada	03/05/2011
Subgrupo N05	Psicolépticos	Completada	01/02/2016
Subgrupo N06	Psicoanalépticos	Completada	05/03/2015
Subgrupo N07	Otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso	Completada	12/03/2014

* ATC: Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química. Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)

Otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso”, sólo se ha vaciado uno de los tres subgrupos, en concreto el “N07B. Fármacos usados en desórdenes adictivos”, mientras que se ha excluido el “N07A. Parasimpaticomiméticos” y el “N07C. Preparados contra el vértigo y N07X”. En cuanto a fármacos fuera del grupo N se ha incluido clonidina y guanfacina, ambas pertenecientes al subgrupo “C02A. Agentes antiadrenérgicos de acción central”, dentro del grupo “C02. Antihipertensivos”.

La búsqueda de los fármacos se realizó mediante el buscador básico disponible en la página web de CIMA (12), que ha resultado tan eficaz para los objetivos de este trabajo como el motor de búsqueda más avanzado que también ofrece la AEMPS, específicamente dirigido a profesionales sanitarios (16). La recogida de información se llevó a cabo entre el 18 y el 30/05/2020, ambos inclusive.

La decisión de consultar la ficha técnica de los fármacos ha parecido oportuna por diversos motivos. En primer lugar, “La ficha técnica o resumen de las características del producto [es el] documento autorizado por la Agencia [Española de Medicamentos y Productos Sanitarios], donde se reflejan las condiciones de uso autorizadas para el medicamento y recoge la información científica esencial para los profesionales sanitarios”, tal y como establece el RD 1345/2007 por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente (17). Es decir, se trata de una información estandarizada que deben cumplir todos los fármacos de uso humano para obtener su aprobación para la comercialización en nuestro país, lo que la hace especialmente apta para su uso a los efectos de esta revisión.

Dicho RD 1345/2007 establece, además, el orden en el que se tienen que recoger los datos. De todos ellos, se ha vaciado sistemáticamente los correspondientes a los apartados 2. composición cualitativa y cuantitativa; 3. forma farmacéutica; 4. datos clínicos, en concreto las secciones 4.1. indicaciones terapéuticas, 4.2. posología y forma de administración, 4.3. contraindicaciones y 4.4. advertencias y precauciones especiales de empleo;

9. fecha de la primera autorización/renovación de la autorización; y 10. fecha de la revisión del texto. Del apartado 5. propiedades farmacológicas sólo se ha recogido el código ATC, pues la información relativa a los resultados de ensayos clínicos se halla reflejada, habitualmente, en alguno de los apartados de la sección 4.

Dadas las características del procedimiento de autorización de medicamentos en nuestro medio, establecidas en el capítulo II de la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios (9), se ha optado por consultar únicamente la ficha técnica del llamado “medicamento de referencia”, es decir, el fármaco que obtiene la primera autorización, puesto que conlleva la obligación de presentar los estudios pertinentes, cuestión de la que están exentos los fármacos genéricos, y tiene la posibilidad de obtener nuevas indicaciones, asumiendo que la información más actualizada corresponde, precisamente, a dicha ficha técnica. En caso de duda entre dos o más marcas del fármaco pertenecientes a un mismo laboratorio, se ha optado por escoger aquella ficha técnica con la fecha de aprobación más antigua. El criterio de recurrir al medicamento de referencia, además, homogeneiza la muestra seleccionada en el caso de aquellos fármacos cuya comercialización no ha superado los 10 años desde la obtención de la autorización y que, por tanto, no disponen de genéricos equivalentes. Prácticamente la mitad de las fichas técnicas de los medicamentos incluidos en el *Listado...* –casi $\frac{2}{3}$ si se incluyen aquellas que remiten para su consulta a la Agencia Europea del Medicamento, porque son los fármacos de aprobación más reciente– han sido revisadas para su renovación ante la AEMPS desde mayo de 2018 hasta la actualidad (mayo de 2020), por lo que se trata de la información disponible más actualizada (tabla 2).

3 RESULTADOS

Se han revisado 177 fichas técnicas, que se corresponden con un total de 112 principios activos (tabla 2). Esta disparidad entre número fichas técnicas revisadas y el de principios activos se debe

a que, si bien en gran parte de los casos una misma ficha incluye diferentes formas farmacéuticas –en especial en los principios activos más recientes, donde la ficha técnica es más exhaustiva e incluye también el prospecto y las instrucciones de etiquetado–, en otros casos las formas farmacéuticas diferentes –comprimidos, comprimidos de liberación modificada, de liberación prolongada, solución oral, solución para inyección, polvos para inhalación, etc. – poseen fichas técnicas distintas. En algunos casos, los menos, hay una ficha técnica para cada posología de una misma forma farmacéutica. En aquellos casos en los que una ficha técnica incluye diferentes formas farmacéuticas, se ha empleado y contabilizado una única referencia, en lugar de todas ellas, puesto que el texto es exactamente el mismo.

La exposición de los resultados se hará siguiendo el orden de los grupos que establece la clasificación ATC. Cada uno de ellos se iniciará con la relación por orden alfabético de principios activos, indicando las incorporaciones y exclusiones que se han producido con posterioridad a la fecha de finalización de la revisión señalada por el grupo de trabajo encargado de elaborar el *Listado...* Después se recogerán las indicaciones y las contraindicaciones de acuerdo con el siguiente esquema:

1. Principios activos con indicación explícita en población pediátrica (0 – 18 años).

2. Principios activos con indicación genérica en psiquiatría que incluyen instrucciones de dosificación en población pediátrica (con el anterior apartado, reunidos en tablas).
3. Principios activos sin indicación en psiquiatría del niño y del adolescente pero que cuentan con pautas de dosificación en dicha población para otras indicaciones
4. Principios activos cuyo empleo no se recomienda en población pediátrica
5. Principios activos con contraindicaciones explícitas en niños y adolescentes (al final del texto se incluye una tabla resumen de todos ellos).

Los dos primeros grupos representan la prescripción conforme a ficha técnica mientras que los restantes implican prescripción “fuera de ficha”.

3.1 Grupo N03. Antiepilépticos

Se han revisado 27 fichas técnicas, correspondientes a 20 principios activos: carbamazepina, clonazepam, etosuximida, fenitoína, fenobarbital, gabapentina, lacosamida, lamotrigina, levetiracetam, oxcarbazepina, pregabalina, primidona, rufinamida, tiagabina, topiramato, (ácido) valproico, valpromida, vigabatrina y zonisamida. En octubre de 2018 se revocó la autorización a retigabina.

Tabla 2. Relación de principios activos y fichas técnicas revisados distribuidos por subgrupos del Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC).

Subgrupos	N.º de fármacos	N.º de fichas técnicas consultadas	Revisión post 5/18	Revisión ant 5/18	No consta	EMA**
N03. Antiepilépticos (incluye litio)	20	27	15	6	1	5
N04. Antiparkinsonianos	3	4	2	2	0	0
N05A. Antipsicóticos (excluye litio)	24	42	22	10	0	10
N05B. Ansiolíticos	10	16	9	7	0	0
N05C. Sedantes e hipnóticos	14	19	5	12	0	2
N06A. Antidepresivos	23	33	20	10	0	3
N06B y C02A Tratamiento TDAH*	6	15	10	4	0	1
N06B. Nootrópicos y otros	4	6	2	4	0	0
N07B. Tratamiento adicciones	8	15	5	8	0	2
Total	112	177	90	63	1	23

*TDAH: Trastorno por déficit de atención con / sin hiperactividad

** Fichas técnicas de la Agencia Europea del Medicamento (EMA)

10

Se incluye también la información relativa al (carbonato de) litio en este apartado, aunque la ATC lo encuadra dentro del subgrupo “N05A. Antipsicóticos”, ya que se trata de un fármaco con un mecanismo de acción variado que tiene reconocida su utilización como estabilizador del humor y antimaniaco, motivos por los cuales los tratados de psicofarmacología suelen agruparlo con aquellos fármacos antiepilépticos que también se emplean para dicha indicación.

Ningún fármaco del grupo N03. Antiepilépticos, incluido el litio, cuenta con indicación explícita en psiquiatría en población infantil.

Cuentan con indicación genérica en psiquiatría y dosificación específica en niños y adolescentes: fenobarbital para el tratamiento del insomnio, sin indicar rango de edad (tabla 3).

Cuentan con indicación genérica en psiquiatría y dosificación en población pediátrica para otras indicaciones distintas a las psiquiátricas: carbamazepina para el tratamiento de manía y profilaxis de la enfermedad maniaco depresiva y para el tratamiento del síndrome de abstinencia al alcohol; fenobarbital para la sedación; lamotrigina para la prevención de episodios depresivos en pacientes con trastorno bipolar tipo I que presenten predominantemente episodios depresivos, pero no para el tratamiento agudo de episodios maníacos o depresivos, a partir de 18 años; y ácido valproico / valpromida, para el tratamiento de episodios maníacos en el trastorno bipolar cuando está contraindicado el litio o no se tolera y, en caso de respuesta, como tratamiento de continuación. No obstante, en el caso de ácido valproico / valpromida la ficha técnica resulta confusa, pues advierte explícitamente de los riesgos del empleo de dicho fármaco durante el embarazo en población adolescente para el tratamiento de episodios maníacos en el trastorno bipolar, dando a entender que sí que cuenta con esa indicación al contemplar su empleo “a menos que otros tratamientos no sean efectivos o tolerados”.

No recomiendan su empleo para indicaciones psiquiátricas en menores de 18 años: lamotrigina; litio, indicado en la profilaxis y tratamiento de los trastornos bipolares y en la depresión mayor

recurrente, no se recomienda en niños sin indicar el rango de edad; y pregabalina para el trastorno de ansiedad generalizada.

De aquellos antiepilépticos habitualmente empleados en psiquiatría pero que no cuentan con tal indicación en ficha técnica, clonazepam puede emplearse en lactantes, aunque no especifica la edad; topiramato da instrucciones para su empleo a partir de 2 años; gabapentina y oxcarbazepina, no están recomendados en niños menores de 6 años; y lamotrigina no se recomienda en “niños menores de 18 años”.

Por último, primidona, fenitoína, etosuximida, rufinamida, tiagabina, vigabatrina, lacosamida, levitiracetam y zonisamida, que no cuentan con indicación en psiquiatría, tampoco suelen emplearse habitualmente en esta especialidad, aunque cuentan con indicación en epilepsia en niños pequeños y adolescentes.

3.2 Grupo N04. Antiparkinsonianos

Como hemos señalado anteriormente, interesa únicamente el subgrupo N04A. Agentes anticolinérgicos, empleados habitualmente para el control de la sintomatología extrapiramidal y el síndrome parkinsoniano provocado por la medicación antipsicótica. Se han revisado 4 fichas técnicas de los 3 fármacos del subgrupo: biperideno, prociclidina y trihexifenidilo. Como anomalía significativa, la página web de la AEMPS no dispone de la ficha técnica correspondiente a trihexifenidilo.

Las fichas técnicas recogen una indicación genérica en psiquiatría, y no recomiendan su empleo en menores de 18 años debido a la falta de datos de seguridad y eficacia, sin aportar más información (tabla 3).

3.3 Grupo N05. Psicolépticos

Grupo dividido, a su vez, en tres grandes subgrupos: N05A. Antipsicóticos, N05B. Ansiolíticos, y N05C. Hipnóticos y sedantes, que incluye tanto los hipnóticos benzodiazepínicos como no benzodiazepínicos, además de cuatro compuestos de origen vegetal.

3.3.1 Subgrupo N05A. Antipsicóticos

Está integrado por los siguientes 24 principios activos recogidos en 42 fichas técnicas: amisulprida, aripiprazol, asenapina, cariprazina (aprobada en julio de 2017), clorpromazina, clotiapina, clozapina, flufenazina, haloperidol, levomepromazina, loxapina, lurasidona (que no aparece en el *Listado...* aunque recibió la primera autorización en marzo de 2014), olanzapina, paliperidona, perfenazina, periciazina, pimozida, quetiapina, risperidona, sertindol, sulpirida, tiaprida, ziprasidona y zuclopentixol. De los compuestos incluidos originalmente en el *Listado...* carbonato de litio se ha descrito junto con los antiepilépticos por los motivos indicados anteriormente; se excluye levosulpirida al ser un fármaco indicado para el tratamiento de la dispepsia; el empleo de pipotiazina quedó revocado por la AEMPS en julio de 2015, a pesar de que la fecha de actualización del *Listado...* es de febrero de 2016; y el de trifluoperazina en enero de 2018. Por último, no se ha encontrado en CIMA información de brexpiprazol, cuya autorización desde julio de 2018 sí que se encuentra en la página web de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, del inglés European Medicines Agency); ni de pimavanserina, a cuyo titular se ha concedido un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados en uno o más grupos de la población pediátrica (18).

Como dato curioso, hay que señalar que el buscador no localiza la risperidona bucodispersable del laboratorio propietario de la marca, de modo que la obtención de su ficha técnica se ha hecho mediante un buscador genérico de internet. Dicha ficha técnica tiene como última fecha de revisión junio de 2018 e incluye comprimidos, comprimidos bucodispersables

y solución oral, mientras que la ficha técnica con fecha de revisión de junio de 2019 que facilita la AEMPS solo incluye las presentaciones de comprimidos normales y solución oral.

La *tabla 4* recoge los antipsicóticos que cuentan con indicación explícita para niños y adolescentes recogida en ficha técnica, y aquellos que cuentan con indicación genérica pero que incluye dosificación en población pediátrica.

No se recomienda el empleo en menores de 18 años para las indicaciones reconocidas en población adulta de: amisulprida (esquizofrenia); formas orales de aripiprazol (irritabilidad asociada con el trastorno autista, tics asociados con el trastorno de Tourette); asenapina (episodios maníacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I); caripracina (esquizofrenia); clotiapina (tratamiento agudo o crónico de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos); loxapina (control rápido de la agitación de leve a moderada en pacientes adultos con esquizofrenia o trastorno bipolar); lurasidona (esquizofrenia); olanzapina (esquizofrenia, episodio maníaco de moderado a grave, prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar que hayan respondido al tratamiento con dicho fármaco durante el episodio maníaco); formas orales de paliperidona oral (trastorno esquizoafectivo); quetiapina (esquizofrenia, trastorno bipolar); formas orales de risperidona (esquizofrenia, episodios maníacos moderados a graves asociados a los trastornos bipolares); sertindol (esquizofrenia); formas orales de ziprasidona (esquizofrenia). Sulpirida no se recomiendan en niños, pero no da indicación del rango de edad.

Tabla 3. Fármacos de los grupos N03 Antiepilépticos y N04 Antiparkinsonianos que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología)

Grupo farmacológico clasificación ATC*	Fármaco	Edad	Indicaciones
N03. Antiepilépticos	Fenobarbital*	No indica	Tratamiento del insomnio
N04. Antiparkinsonianos	Ninguno		

* ATC: Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química. Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

Tabla 4. Fármacos del grupo N05A Antipsicóticos que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología).

N05A. Psicolépticos: Antipsicóticos	Aripiprazol oral	≥13 años	Episodio maniaco moderado o severo en el Trastorno Bipolar I, hasta 12 semanas
		≥15 años	Esquizofrenia
	Clorpromazina* en las distintas formas farmacéuticas	≥1 año (excepto comprimidos ≥6 años)	Estados de agitación psicomotriz (psicosis agudas, crisis maníacas, accesos delirantes, síndromes confusionales, procesos psicogerítricos, etc.) Procesos psicóticos (esquizofrenia, síndromes delirantes crónicos) Curas de sueño
	Clozapina*	≥16 años	Esquizofrenia resistente Pacientes esquizofrénicos que presenten reacciones adversas neurológicas graves y no tratable con otros fármacos antipsicóticos, incluyendo un antipsicótico atípico
	Flufenazina*	≥12 años	Esquizofrenia Psicosis paranoide
	Haloperidol oral	13 – 17 años	Esquizofrenia
		6 – 17 años	Agresividad intensa y persistente en autismo o en trastornos generalizados del desarrollo
		10 – 17 años	Trastornos de tics, incluido el síndrome de Gilles de la Tourette, gravemente afectados.
	Levomepromazina*	≥ 3 años	Esquizofrenia, psicosis agudas transitorias y estados paranoides incluyendo psicosis maníacas Psicosis orgánicas Tratamiento a corto plazo de los síntomas prominentes de psicosis como parte de un trastorno de la personalidad
	Paliperidona oral	≥15 años	Esquizofrenia
	Perfenazina*	niños “en casos excepcionales” (sin especificar edad)	Síndromes psicóticos agudos, síndromes catatónicos, delirio y otros síndromes psicóticos exógenos Agitación psicomotriz
	Periciazina*	≥3 años	Trastornos del carácter y del comportamiento
	Pimozida*	≥3 años	Psicosis agudas y crónicas Trastornos de ansiedad
	Risperidona oral	≥5 años	Tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de conducta con un funcionamiento intelectual debajo de la media o retraso mental
	Tiaprida oral	Niños (sin especificar edad)	Trastornos graves del comportamiento en estados de agitación y agresividad que no respondan al tratamiento de primera línea
Ziprasidona oral	10 – 17 años	Tratamiento de episodios maníacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar	

Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

Las formas farmacéuticas inyectables que no se recomiendan en menores de 18 años para ninguna indicación son: aripiprazol, haloperidol, olanzapina, paliperidona, risperidona, tiaprida y ziprasidona. Zuclopentixol no se indica en niños, pero no ofrece información del rango de edad.

No se recomienda el empleo en diferentes edades de: clozapina hasta los 16 años; las formas orales de paliperidona en menores de 15 años; aripiprazol en menores de 15 años para esquizofrenia y en menores de 13 años para trastorno bipolar; flufenazina en menores de 12 años; las formas farmacéuticas orales de haloperidol en menores de 13 años para la

esquizofrenia, en menores de 10 años para el trastorno por tics, en menores de 6 años para la agresividad intensa y persistente en el autismo o los trastornos generalizados del desarrollo, y en menores de 3 años de forma general; risperidona en menores de 5 años para los trastornos de conducta en retraso mental; levomepromazina en menores de 3 años, aunque hasta los 6 años solo se recomienda su uso en ambiente especializado; pimozida en menores de 3 años; ziprasidona en niños y adolescentes, sin especificar la edad, para la esquizofrenia; y perfenazina, sulpirida y las formas en comprimidos e inyectable de tiaprida en niños, sin especificar la edad.

Por último, tienen contraindicación explícita: amisulprida, hasta la pubertad, sin especificar la edad; clorpromazina en cualquiera de sus presentaciones en niños menores de 1 año, y los comprimidos en menores de 6 años; y periciazina en menores de 3 años (tabla 9).

3.3.2 Subgrupo N05B. Ansiolíticos

Grupo compuesto por 10 fármacos tras la revisión de 16 fichas técnicas: alprazolam, bromazepam, clobazam, clorazepato dipotásico, clordiazepóxido, diazepam, hidroxizina, ketazolam, lorazepam, y pinazepam. En marzo de 2019 se suspendió la

autorización de bentazepam; en diciembre de 2018 se revocó la autorización de clotiazepam, en abril de 2013 la de halazepam, y en julio de 2018 de oxazepam, que en España no se comercializaba como monofármaco sino en asociación con dimeticona y metoclopramida. No se ha encontrado información en CIMA respecto a la autorización de buspirona.

La tabla 5 recoge los fármacos del grupo que cuentan con indicación expresa en psiquiatría del niño y del adolescente, así como aquellos otros con indicación genérica en psiquiatría e instrucciones posológicas para dichas edades.

Tienen indicación no psiquiátrica en población pediátrica clobazam en mayores de 6 años e hidroxizina a partir de 12 meses.

No se recomienda el empleo en población pediátrica “a no ser que sea estrictamente necesario” de alprazolam, bromazepam, clordiazepóxido, ketazolam y pinazepam, aunque no especifica la edad.

En cuanto a las contraindicaciones expresas, clorazepato dipotásico la señala para la forma farmacéutica de cápsulas duras de 5 mg, en menores de 30 meses; y para el resto de las presentaciones orales de 10, 15 y 50 mg y las formas inyectables, en niños, en general, sin especificar la edad (tabla 9).

Tabla 5. Fármacos del grupo N05B. Ansiolíticos que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología).

	Clorazepato dipotásico (polvos para solución oral).	Sin límite de edad	Perturbaciones psicoevolutivas de la infancia: manifestaciones psíquicas y somáticas de la ansiedad diurna, alteraciones del carácter, alteraciones del sueño, alteraciones psicósomáticas y asma bronquial infantil”
N05B. Psicolépticos. Ansiolíticos	Diazepam*	≥6 meses	Ansiedad Deprivación alcohólica Dolor músculo – esquelético Terapia anticonvulsiva
	Lorazepam*	≥ 6 años	Tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos, incluyendo la ansiedad asociada a depresión y la ligada a los procedimientos quirúrgicos y/o diagnósticos, y en preanestesia. Trastornos del sueño

3.3.3 Subgrupo N05.C Hipnóticos y sedantes

Se ha revisado 19 fichas técnicas que representan 14 fármacos diferentes, bien de compuestos naturales como lúpulo, melisa, pasiflora y valeriana, bien de productos sintetizados químicamente, como brotizolam, flurazepam, loprazolam, lormetazepam, melatonina (que no está incluida en el *Listado...* pese a que una de las fechas de autorización es de junio de 2007), midazolam, quazepam, triazolam, zolpidem y zopiclona. No se incluye en la revisión a clometiazol, porque CIMA no dispone de la ficha técnica del mismo, ni a flunitrazepam, cuya comercialización fue suspendida en enero de 2013.

La [tabla 6](#) recoge los fármacos que cuentan con indicación específica en población pediátrica o bien con indicación general en psiquiatría e instrucciones de dosificación en población pediátrica.

No se recomienda el empleo de flurazepam, loprazolam, lormetazepam y quazepam en población pediátrica, sin que especifique la edad, “a no ser que sea estrictamente necesario”, excepción que no incluyen triazolam, zolpidem ni zopiclona.

Están contraindicados expresamente en población pediátrica: botrizolam, sin especificar la edad; y midazolam, en niños de 12 años o menores, “porque la dosis de los comprimidos no permite una dosificación apropiada para esta población de pacientes” ([tabla 9](#)).

3.4 Grupo N06. Psicoanalépticos

3.4.1 Subgrupo N06A. Antidepresivos

Las 33 fichas técnicas revisadas corresponden a los siguientes 23 fármacos: agomelatina, amitriptilina, bupropion, citalopram, clomipramina, desvenlafaxina (aprobado en marzo de 2012, a pesar de lo cual no está incluido en el *Listado...*), duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, hipérico (antidepresivo según la clasificación ATC aunque el *Listado...* lo haya incluido en el subgrupo de psicoestimulantes), imipramina, mianserina, mirtazapina, moclobemida, nortriptilina, paroxetina, reboxetina, sertralina, trazodona, trimipramina, venlafaxina, vortioxetina. Se excluyen dosulepina / dotiepinina porque ya no está comercializada en España; doxepina y maprotilina, que no disponen de ficha técnica

en CIMA; y tranilcipromina y oxitriptán, cuyas autorizaciones se revocaron en enero de 2018 y mayo de 2020, respectivamente.

Los fármacos del grupo que tienen indicación específica en menores de 18 años e indicación genérica en psiquiatría con especificaciones posológicas para edad pediátrica están recogidos en la [tabla 7](#).

No se recomienda en menores de 18 años: agomelatina, amitriptilina para todas las indicaciones distintas a enuresis, bupropion, citalopram, las formas orales de clomipramina para todas las indicaciones distintas al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y la enuresis, desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluvoxamina para indicaciones diferentes al TOC, hipérico, imipramina para indicaciones diferentes a enuresis, mianserina, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina para indicaciones diferentes al TOC, trazodona, trimipramina, venlafaxina y vortioxetina.

No se recomienda en empleo en diferentes edades pediátricas de: amitriptilina y sertralina en menores de 6 años, y clomipramina e imipramina en menores de 5 años. No se recomienda el empleo en niños, sin indicar rango de edad, de la forma inyectable de clomipramina. No queda claro si fluoxetina se desaconseja o no en población pediátrica para aquellas otras indicaciones aprobadas en adultos.

Está contraindicado explícitamente el uso en población infantil de: moclobemida en niños, si especificar el rango de edad; y nortriptilina en menores de 6 años ([tabla 9](#)).

Es significativo cómo la mayoría de los fármacos incluyen el argumento del incremento de la ideación suicida en niños deprimidos relacionada con el empleo de antidepresivos como motivo para no recomendar su empleo en población menor de 18 años. La ficha técnica de clomipramina incluye advertencias matizadas sin el cariz alarmista de esas fichas técnicas y hace referencia a la ideación suicida como síntoma que forma parte del cuadro depresivo y que tiene la posibilidad de empeorar independientemente del tratamiento, incluyendo estudios en población menor de 25 años. No incluyen referencia a la ideación suicida las fichas técnicas de amitriptilina, moclobemida (que lo contraindica en niños sin especificar rango de edad) y nortriptilina.

Tabla 6. Fármacos del grupo N05C Hipnóticos y sedantes que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología).

N05C. Hipnóticos y sedantes	Melatonina	2 – 18 años	Insomnio en pacientes con trastorno del espectro autista y/o síndrome de Smith-Magenis
	Midazolam	>12 años	Tratamiento a corto plazo del insomnio
	Lúpulo*	>12 años	Tratamiento sintomático de los estados temporales y leves de nerviosismo Tratamiento de la dificultad ocasional para conciliar el sueño.
	Melisa*	>12 años	Alivio de los síntomas leves de estrés mental, así como para facilitar el sueño. Tratamiento sintomático de las molestias gastrointestinales leves incluyendo flatulencia e hinchazón.
	Pasiflora*	>12 años	Alivio de los síntomas moderados de estrés mental Para ayudar a dormir.
	Valeriana*	>12 años	Alivio de la tensión nerviosa leve Alivio de los trastornos del sueño

Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

Tabla 7. Fármacos Antidepresivos que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología).

N06A. Antidepresivos	Amitriptilina	≥6 años	Enuresis
	Clomipramina oral (10 y 25 mg)	≥5 años	TOC** Enuresis
	Fluoxetina	≥8 años	Episodio depresivo de moderado a severo, si no hay respuesta a la terapia psicológica después de 4 a 6 sesiones
	Fluvoxamina*	>8 años	TOC
	Imipramina	≥5 años	Enuresis
	Nortriptilina*	≥ 6 años	Síntomas de estados depresivos mayores Enfermedad bipolar de tipo depresivo Distimia Depresiones atípicas
	Sertralina	6 – 17 años	TOC

**TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo. Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

3.4.2 Subgrupo N06B. Psicoestimulantes, agentes utilizados para la ADHD y nootrópicos

Este grupo contiene una agrupación heterogénea de fármacos. Con el fin de unificar la descripción de aquellos compuestos con indicación específica para el tratamiento del trastorno por hiperactividad con / sin déficit de atención (TDAH), se dedicará un apartado específico a estos compuestos, a los que se añadirá los dos fármacos del grupo C02. Antihipertensivos. Se describirán los restantes fármacos del subgrupo en otro apartado.

3.4.2.1 Fármacos con indicación para el TDAH

Bajo esta indicación se reúne un total de 6 fármacos y se ha revisado 15 fichas técnicas. Los principios activos considerados son atomoxetina, lisdexanfetamina, metilfenidato, modafinilo, clonidina y guanfacina, los dos últimos clasificados como antihipertensivos. Puesto que la indicación específica es para una entidad que debuta en la infancia (tabla 8), solo se referirán las exclusiones de su empleo.

16 Así, existe recomendación de no utilizar atomoxetina, metilfenidato, lisdexanfetamina y guanfacina antes de la edad de 6 años.

Hay contraindicación formal y explícita del empleo de clonidina en el tratamiento para el TDAH en menores de 18 años. Y no existe indicación para esta entidad en el caso de modafinilo, cuyo empleo en menores de 18 años se desaconseja explícitamente (tabla 9).

3.4.2.2 Nootrópicos y otros

Este apartado ha requerido la revisión de 6 fichas técnicas y reúne 4 compuestos: cafeína, citicolina, piracetam y vinpocetina. El hipérico, que el *Listado...* incluye en este apartado, ha sido descrito junto con los antidepresivos.

Excepto la cafeína, indicada para el alivio sintomático y ocasional de los estados pasajeros de astenia, a partir de los 12 años, el resto de los compuestos no contempla su empleo en población pediátrica pues están indicados para los estados de deterioro mental debido a una patología cerebral degenerativa (piracetam) o vascular (citicolina, vinpocetina) relacionada con la edad. En el caso de citicolina, indicada para el tratamiento de los trastornos neurológicos y cognitivos asociados a traumatismos craneales, la experiencia en niños es limitada, aconsejando su empleo en función de la relación beneficio / riesgo, sin aportar mayor precisión al respecto.

3.5 Grupo N07. Otros fármacos que actúan sobre el sistema nervioso

3.5.1 Subgrupo N07B. Fármacos usados en desórdenes adictivos

Se describen 8 fármacos del único subgrupo que se ha vaciado tras revisar 15 fichas técnicas que corresponden a los principios activos acamprosato, buprenorfina, disulfiramo, levometadona (autorizada en octubre de 2015), metadona, naltrexona, nicotina y varenciclina. Bupropion ya se describió en la sección de antidepresivos. En julio de 2019 se revocó la autorización de cianamida cálcica.

Con excepción de las ambigüedades en la ficha técnica de la nicotina, no se recomienda el uso en niños y adolescentes menores de 18 años del resto de los compuestos del grupo, o bien se contraindica formalmente, como es el caso de buprenorfina en menores de 14 años, y de la solución oral de metadona y levometadona, sin indicar el rango de edad.

4 DISCUSIÓN

A pesar de que la Ley 29/2006, en su artículo 15, apartado 2, indica que la AEMPS “pondrá la ficha técnica a disposición de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, de los colegios u organizaciones profesionales, de los médicos, odontólogos y farmacéuticos en ejercicio”, se han observado deficiencias detectadas en la base de datos CIMA, así como en el *Listado...* Por ser bases datos y documentos oficiales, parece importante señalar dichos errores, que deberían subsanarse, debido a las implicaciones legales que conllevan aparejadas. De igual modo, la búsqueda de fármacos cuya autorización ha sido revocada o suspendida hace necesario el empleo de un buscador genérico de internet, pues el motor de búsqueda de CIMA no devuelve ningún resultado, mientras que el empleo específico de la modalidad “Cambios en la situación de registro” obliga a hacer una búsqueda por mes y año, con opción a buscar por laboratorio, pero no por código ATC, molécula ni nombre comercial del producto.

En relación con lo anterior, y en el caso de fármacos de aprobación más reciente (lacosamida, levetiracetam, pregabalina, rufinamida, zonisamida; aripiprazol, asenapina, caripracina, loxapina, lurasidona, olanzapina, paliperidona, brexpiprazol; melatonina; agomelatina, duloxetina, vortioxetina; guanfacina; varenciclina) no consta la fecha de la última revisión del texto en el apartado correspondiente de la ficha técnica. En su lugar, aparece el siguiente texto estándar: “La información detallada de este medicamento está disponible en la página web de la Agencia Europea de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>”. Sin embargo, el proceso de comprobación no se ve facilitado en la medida en que dirige al portal general de la Agencia en lugar de la página de descarga de la documentación específica del fármaco.

Un aspecto formal que también tiene relevancia es la ausencia de una definición precisa de los rangos de edad de los términos “población pediátrica”, “lactante”, “niño” y “adolescente” tal y como se emplean en las fichas técnicas, de forma que pueda clarificarse la ambigüedad a que da lugar, en especial la diferenciación entre los dos últimos. En unos casos, “niños” parece hacer referencia a los menores de 18 años, mientras que en otros parece abarcar a los menores que se encuentran en edad por debajo de la franja de 12 – 15 años. De forma similar, la ausencia del rango de edad en algunas indicaciones y recomendaciones supone una indefinición susceptible de interpretación que podría generar cierta indefensión tanto para el paciente como para el

prescriptor. En cuanto a la perspectiva de género, su empleo únicamente se verifica a la hora de describir las diferentes características de los fármacos en relación con la gestación y la lactancia.

Por lo que respecta al establecimiento de las indicaciones específicas en población pediátrica –niños y adolescentes–, por emplear la terminología de las fichas técnicas, señalar que no se señala de forma sistemática en el apartado “indicaciones terapéuticas”, obligando en tales casos a hacer una extrapolación a partir de las instrucciones recogidas en el apartado de “posología y forma de administración”. Del mismo modo, el apartado de “advertencias y precauciones especiales de empleo” puede resultar en ocasiones ambiguo a la hora de decidir o no el empleo de un fármaco.

Tabla 8. Fármacos de los grupos N06B Psicoestimulantes y nootrópicos y C02A Agentes antiadrenérgicos de acción central que cuentan con indicación en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) (se indica con * cuando la indicación es genérica, pero cuenta con especificaciones para su empleo en población menor de 18 años en el apartado de posología).

Grupo farmacológico	Fármaco	Edad	Indicación
N06B. Psicoestimulantes y nootrópicos	Metilfenidato	≥6 años	TDAH**
	Atomoxetina	≥6 años	TDAH
	Lisdexanfetamina	≥6 años	TDAH cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada
	Cafeína*	≥12 años	Alivio sintomático y ocasional de los estados pasajeros de astenia
C02A. Agentes antiadrenérgicos de acción central	Guanfacina	6 – 17 años	TDAH cuando los estimulantes no son adecuados, no se toleran o han mostrado ser ineficaces

**TDAH: Trastorno por déficit de atención con/ sin hiperactividad. Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

Tabla 9. Fármacos que cuentan con contraindicación explícita en niños y adolescentes (menores de 18 años) según consta en la ficha técnica aprobada por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS).

Grupo farmacológico clasificación ATC*	Fármaco	Edad
N05A. Psicofármacos: Antipsicóticos	Amisulprida	Hasta la pubertad, sin especificar edad
	Clorpromazina	< 1 año
	Periciazina	< 6 años los comprimidos < 3 años
N05B. Psicofármacos. Ansiolíticos	Clorazepato dipotásico	< 30 meses, cápsulas duras de 5 mg niños, en general, sin especificar la edad, resto presentaciones orales de 10, 15 y 50 mg y formas inyectables
N05C. Hipnóticos y sedantes	Botrizolam	Sin especificar la edad
	Midazolam	≤12 años
N06A. Antidepresivos	Moclobemida	Sin especificar la edad
	Nortriptilina	<6 años
C02A. Agentes antiadrenérgicos de acción central	Clonidina	<18 años para el tratamiento del TDH/A
	Buprenorfina	<14 años
N07B. Fármacos usados en desórdenes adictivos	Levometadona solución oral	Sin especificar edad
	Metadona solución oral	Sin especificar edad

* ATC: Sistema de clasificación Anatómica, Terapéutica y Química. Fuente: AEMPS y elaboración propia (mayo 2020).

En el caso concreto de los estabilizadores del humor, ninguno de ellos cuenta con indicación específica en psiquiatría del niño y del adolescente, y solo uno de ellos con indicación genérica para el tratamiento del insomnio. Por tanto, la prescripción de los eutimizantes en población menor de 18 años se hace siempre “fuera de ficha técnica”.

Los antiparkinsonianos tampoco tienen indicaciones específicas en psiquiatría del niño y del adolescente y, por tanto, también se prescriben fuera de ficha técnica pues no se recomiendan en menores de 18 años.

Los tres únicos antipsicóticos atípicos que cuentan con indicación para el tratamiento de la esqui-zofrenia en población pediátrica son aripiprazol y paliperidona, ambos a partir de los 15 años, y clozapina para las formas resistentes, a partir de los 16. Olanzapina, risperidona, y quetiapina, así como el resto de antipsicóticos atípicos, y todas las formas inyectables de los antipsicóticos incisivos, sean o no atípicos, no están recomendados en niños menores de 18 años con esquizofrenia debido a la ausencia de datos de eficacia y seguridad, según recogen las fichas técnicas. Aripiprazol a partir de los 13 años y ziprasidona a partir de los 10 son los dos únicos antipsicóticos atípicos que cuentan con indicación para el tratamiento de los episodios maníacos. Haloperidol es el único fármaco que cuenta con indicación aprobada para el tratamiento de los tics. Los fármacos que cuentan con indicación para el tratamiento de las psicosis en niños son los típicos, cuyo perfil de efectos adversos hace que la relación beneficio / riesgo determine la decisión de emplear antipsicóticos atípicos y determinando, por tanto, la indicación mayoritaria de este grupo de fármacos “fuera de ficha”. Se entiende de este modo las elevadas cifras de prescripción fuera de ficha (superiores al 90%) obtenidas por Baeza et al (1), en un estudio que carece de réplica en nuestro medio en el caso de los restantes grupos farmacológicos.

En cuanto a los ansiolíticos, el polvo en sobre para suspensión oral de clorazepato dipotásico de forma explícita, y diazepam y lorazepam, de forma genérica con posología en niños, son las únicas benzodiazepinas con indicación en población menor de 18 años. Por lo que respecta al tratamiento del

insomnio, melatonina cuenta con indicaciones muy concretas y específicas (insomnio en niños y adolescentes de 2 a 18 años con trastorno del espectro autista y/o síndrome de Smith-Magenis), mientras que midazolam, por el potencial adictivo, no suele emplearse para la indicación que tiene reconocida. A partir de 12 años puede emplearse los compuestos de origen natural. El resto de los compuestos no se recomienda en niños y adolescentes.

Los únicos antidepresivos que cuentan con indicación para la depresión en menores de 18 años son fluoxetina y nortriptilina. Clomipramina, fluvoxamina y sertralina están indicados para el TOC, y amitriptilina, clomipramina e imipramina para la enuresis. El resto de fármacos no se recomienda, apelando al riesgo de suicidabilidad que en su día se incluyó en las fichas técnicas tras la alarma generada (19). Este grupo de fármacos, a diferencia de los restantes, genera indicaciones fuera de ficha, además, por los rangos de dosis especificados.

Los fármacos indicados para el tratamiento del TDAH tienen el límite para su empleo en menores de 6 años, edad que guarda relación con los criterios que se precisan para el diagnóstico de dicha entidad. Se considera importante destacar la contraindicación formal y explícita que consta en la ficha técnica de clonidina para su empleo en el tratamiento del TDAH en menores de 18 años, por lo que su empleo para tal fin va más allá de una mera indicación “fuera de ficha”.

Por último, la indicación de fármacos nootrópicos y la de los empleados para el tratamiento de las adicciones en población menor de 18 años será siempre fuera de ficha.

Todos estos datos cobran especial significación si tenemos en cuenta que el aumento de la prescripción de medicación psicótropa en población infantil se ha producido en las dos últimas décadas (20–22). Algo que confirman las series de la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) (23) cuando preguntan de forma genérica por el consumo en las 2 últimas semanas de fármacos de los subgrupos N05 (“tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir”) y N06 (“antidepresivos o estimulantes”) Y ello a pesar de la incomprensible laguna de no recoger los datos referidos a los psicoestimulantes en menores de

14 años (24), y de la paradoja, de indicar una mejora en la salud mental de la población infantil incluida la variable hiperactividad (23), como ya se señala en otro lugar (25).

Estas consideraciones dirigen a la otra cuestión planteada en la introducción: hasta qué punto somos conscientes de que la prescripción “fuera de ficha” en psiquiatría del niño y del adolescente es la norma y carece del “carácter excepcional” que contempla el RD 1015/2009. En la medida en que dicha legislación flexibiliza el empleo de medicación fuera de ficha, y la aproxima más a la legislación estadounidense que a la de la Unión Europea, ubica esta modalidad dentro de la práctica clínica, y por lo tanto, en el ámbito de responsabilidad del médico prescriptor, sin que se requiera una autorización caso por caso de la AEMPS (26). La decisión de aquel debe basarse en evidencia médica contrastada –y no solo la experiencia o la intuición personales–, anticipando, por tanto, la actualización de las indicaciones contenidas en la ficha técnica (27).

Y es que el RD 1015/2009 establece las obligaciones de la AEMPS en cuanto a la elaboración y revisión de recomendaciones de uso, impidiendo que el propietario de la licencia pueda promocionar el uso de la medicación para indicaciones diferentes a las contenidas en ficha técnica. Lo que resulta llamativa es, precisamente, la ausencia por parte de la Agencia de dicha labor de actualización e incorporación de los conocimientos contenidos en las guías de práctica clínica, extraída de la experiencia clínica de los profesionales sanitarios y vehiculada tanto a través de las comisiones de farmacia de las áreas de salud, como en el contexto institucional de las asociaciones de profesionales, uno más de los motivos que justifican la necesidad de la creación de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente en España.

Esta lentitud por parte de la AEMPS a la hora de incorporar y difundir nuevas indicaciones podría dar lugar, como algunos han señalado (28), a una doble indefensión: del paciente y del médico prescriptor. En el caso del paciente, podría verse perjudicado en la medida en que no se actualizan las condiciones de seguridad en la prescripción de los fármacos, con un posible riesgo para su salud;

pero también con una merma en su beneficio, puesto que tampoco se actualizan los datos relativos a la eficacia clínica, con la incorporación de las indicaciones válidas contrastadas, limitando así el acceso del paciente a una determinada medicación –como en ocasiones sucede, por ejemplo, con la sustitución de tratamientos ambulatorios cuando el paciente requiere un ingreso hospitalario–. Además, como algunos han indicado (29), existe un notable desfase entre las entidades contempladas en las fichas técnicas y la nosología psiquiátrica actual, con las incongruencias que en ocasiones aparecen, en especial en el caso de los medicamentos más antiguos.

En el caso del médico, la indefensión en términos jurídicos se produciría ante una eventual denuncia, aunque el análisis de la jurisprudencia española establece que la responsabilidad médica en el caso de prescripción fuera de ficha es la misma que la prescripción conforme a ficha técnica, es decir, en casos de mala praxis. De hecho, la norma general en la Unión Europea es permitir el uso fuera de ficha si es conforme a la *lex artis*, de modo que la situación de indefensión podría producirse a consecuencia de la autolimitación del arsenal terapéutico, existiendo en Alemania casos de sentencias condenatorias en las que se determina la responsabilidad del médico por no prescribir fuera de ficha, como recoge Peire (27), si bien la ausencia de referencias bibliográficas en el texto consultado no permite profundizar en esta afirmación.

Como recoge esta misma autora, las principales causas de sentencias desfavorables fueron: falta de consentimiento informado, falta de control de la medicación y falta de un correcto seguimiento de la enfermedad (sin incluir el fármaco, la dosis, la duración o, incluso, la edad del paciente). Por ello es importante recordar que el RD 1015/2009 legisla la obligatoriedad de recabar el consentimiento informado, tras una justificación escrita del uso y una información verbal al paciente, cuando se emplea un fármaco para una indicación fuera de ficha (28).

5 CONCLUSIONES

La prescripción de fármacos para una indicación “fuera de ficha” en psiquiatría del niño y del

adolescente es claramente la norma, más que la excepción, si atendemos a la información contenida en ficha técnica.

Por dicho motivo, y de acuerdo con el RD 1015/2009, debería recabarse de forma sistemática el consentimiento informado cada vez que se prescribiera un psicofármaco en población menor de 18 años en aquellos casos en que la indicación no estuviera recogida de forma explícita en la ficha técnica. Así, el consentimiento informado formaría parte de una praxis correcta.

Hacen falta estudios específicos que reúnan la evidencia científica existente que justifica la indicación y el uso “fuera de ficha” de psicofármacos en población menor de 18 años, conciliando así con los requisitos que dan cobertura legal a su empleo.

CONFLICTO DE INTERESES

Este trabajo no ha recibido ninguna financiación ni ha sido presentado de forma preliminar en ningún foro profesional ni publicación.

REFERENCIAS

1. Baeza I, De La Serna E, Calvo-Escalona R, Morer A, Merchán-Naranjo J, Tapia C, et al. Antipsychotic use in children and adolescents: A 1-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(5):613-9.
<https://doi.org/10.1097/JCP.000000000000190>
2. Braüner JV, Johansen LM, Roesbjerg T, Pagsberg AK. Off-label prescription of psychopharmacological drugs in child and adolescent psychiatry. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36(5):500-7.
<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000559>
3. Sharma AN, Arango C, Coghill D, Gringras P, Nutt DJ, Pratt P, et al. BAP Position Statement: Off-label prescribing of psychotropic medication to children and adolescents. *J Psychopharmacol*. 2016;30(5):416-21.
<https://doi.org/10.1177/0269881116636107>
4. Off-Label Prescribing [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Off_Label_Prescribing.aspx
5. Blanco Reina E. Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales: uso compasivo y usos off-label. *Actual en Farmacol y Ter*. 2012;10(1):43-9.
6. Blanco Reina E, Vega Jiménez MA, Ocaña Riola R, Márquez Romero EI, Bellido Estévez I. Estudio de las prescripciones farmacológicas en niños a nivel de atención primaria: evaluación de los usos off-label o fuera de ficha técnica. *Aten Primaria*. 2015;47(6):344-50.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.010>
7. Mollejo Aparicio E. Psicofármacos en niños y adolescentes: Revisión y situación actual. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2005;XXV(141):141-50.
<https://doi.org/10.4321/S0211-5735200500030008>
8. España. Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. *Boletín Oficial del Estado*. 2009:60904-13.
9. España. Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Art. 84.1. *Boletín Oficial del Estado*. 2006:1-99.
10. Galeote M, Cervera P. Indicaciones: las autorizadas, por favor. *Not Farmacoter Boletín Inf sobre Medicam*. 2006;(39).
11. Anónimo. Ficha técnica: contenido e importancia en la prescripción. *Inf Ter del Sist Nac Salud*. 2006;30(4):114-6.
12. CIMA: Centro de información de medicamentos [Internet]. 1999 [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html#quees>
13. La incorporación del pictograma de conducción en los envases de medicamentos - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/cuidadania/medicamentos-y-conduccion/industria_etiquetado_conduccion_listadosprincipios/
14. Grupo N de la clasificación ATC - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en:

- https://www.aemps.gob.es/cuidadania/medicamentos-y-conduccion/industria_etiquetado_conduccion_listadosprincipios/grupo-n/
15. La incorporación del pictograma de conducción en los envases de medicamentos. Grupo de trabajo, metodología y criterio de evaluación - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en:
<https://www.aemps.gob.es/cuidadania/medicamentos-y-conduccion/grupotrabajo/>
 16. AEMPS. CIMA: Buscador avanzado de medicamentos [Internet]. 2019. [citado 10 de junio de 2020]. Disponible en:
https://cima.aemps.es/cima/publico/buscador_avanzado.html
 17. España. Real Decreto-ley 1345/2007 de 11 de octubre de 2007, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Bol Of del Estado. 2007;(267):45652-98.
 18. European Medicines Agency E. European Medicines Agency decision P/0351/2016. 2016.
 19. AEMP (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios). Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. 2004.
 20. Wong ICK, Murray ML, Camilleri-Novak D, Stephens P. Increased prescribing trends of paediatric psychotropic medications. Arch Dis Child. 2004;89(12):1131-2.
<https://doi.org/10.1136/adc.2004.050468>
 21. Criado Álvarez JJ, Romo Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol. 2003;37(9):806-10.
<https://doi.org/10.33588/rn.3709.2003366>
 22. Criado Álvarez JJ, González González J, Romo Barrientos C, Mohedano Moriano A, Montero Rubio JC, Pérez Veiga JP. Variabilidad y tendencias en el consumo de fármacos para los trastornos por déficit de atención e hiperactividad en Castilla-La Mancha, España (1992-2015). Neurología. 2016;282:1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.006>
 23. Ministerio de Sanidad C y BS. [Internet]. Disponible en
<https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=42>.
 24. Ministerio de Sanidad C y BS. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. 2019:43.
 25. Dualde Beltrán F. El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI. Rev psicopatología y salud Ment del niño y del Adolesc. 2018;32(noviembre):43-55.
 26. Avendaño Solá C. Uso compasivo de medicamentos: un cambio necesario en España. Med Clin (Barc). 2009;133(11):425-6.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.07.003>
 27. Peire MA. Legal responsibility prescribing off-label drugs: Is Spain different? En: Archives of Disease in Childhood. 2016. p. e1.57-e1.
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-310148.60>
 28. Barrios Flores LF. Responsabilidad por uso compasivo y off-label de medicamentos. DS Derecho y Salud. 2014;24(Extra 1: XXIII Congreso «Derecho y salud»: Sistema de salud: novedades y desafíos):28-49.
 29. Muñoz Samons D. Comunicación personal. 2020.

I. García Miralles^{1*} 
G. Gamíz Poveda¹
M. C. Pacheco¹

1. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital General de Valencia, Valencia, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

I. García Miralles
Correo electrónico: Igarcia761d@cv.gva.es

*Psicopatología asociada al complejo
Dandy Walker: descripción de un caso*

*Psychopathology Associated with
Dandy Walker Complex: A Case
Description*

RESUMEN

La malformación de Dandy Walker (DW) es una malformación cerebelosa asociada a múltiples déficits cognitivos, alteraciones psicopatológicas y alteraciones motoras. Presentamos el caso de un paciente afectado de esta malformación y derivado a la unidad de salud mental infantil por presentar psicopatología asociada. Realizamos una revisión sobre la epidemiología, la clínica, el pronóstico y la comorbilidad propia de esta malformación así como sobre la psicopatología asociada a la patología cerebelosa en su conjunto, incluyendo el síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo de Shamahmann y Sherman. Por último, incluimos la descripción del caso y establecemos el diagnóstico diferencial a partir de la historia del paciente, la exploración del estado mental y el análisis de las exploraciones complementarias (radiológicas y neuropsicológicas).

Palabras clave: Malformación de Dandy-Walker, comorbilidad, psicopatología, salud mental infantil.

ABSTRACT

Dandy Walker (DW) malformation is a cerebellar malformation associated with multiple cognitive deficits, psychopathological alterations and motor disturbances. We present the case of a patient affected by this malformation who was referred to the child mental health unit. We conducted a review on the anatomy, epidemiology, clinical presentation, prognosis and comorbidity of this malformation as well as on the psychopathology associated with cerebellar pathology as a whole, including Shamahmann and Sherman's cognitive-affective cerebellar syndrome. Finally, we present the case description and establish the differential diagnosis from the patient's history, the mental state examination and complementary examinations (neuroimaging and neuropsychological tests).

Keywords: Dandy Walker Malformation, comorbidity, psychopathology, child mental health.

INTRODUCCIÓN

La malformación de Dandy-Walker (DW) es una anomalía congénita que se caracteriza por la presencia de alteraciones en el desarrollo del cerebelo (especialmente con hipoplasia o agenesia del vermix), dilatación quística del cuarto ventrículo y una fosa posterior agrandada. Con frecuencia se acompaña de elevación del tentorio y en el 70-90% de los casos se asocia hidrocefalia (1).

La variante Dandy-Walker (DW), diagnóstico que recibe nuestro paciente, es un término cuestionado puesto que se han descrito bajo este epígrafe múltiples variantes con características muy distintas: Hipoplasia del vermix cerebeloso asociada a dilatación del cuarto ventrículo, pero sin alargamiento de la fosa posterior (2), ausencia de hidrocefalia (3) y pacientes con clínica neurológica más leve, con más complicaciones psicológicas (psicosis, trastornos afectivos, trastorno obsesivo-compulsivo e hiperactividad entre otros) y con peor respuesta al tratamiento farmacológico (3). Las revisiones sistemáticas (2) señalan que la ausencia de criterios unificados a la hora de definir la malformación de DW y su variante y, como resultado, se describen poblaciones heterogéneas con resultados no generalizables.

Dado que no hay criterios unificados diagnósticos, se tiende a hablar en su conjunto de Complejo DW, y evitar Variante DW o Síndrome DW.

Para una misma malformación las descripciones clínicas oscilan desde sujetos sin discapacidad a sujetos con elevada discapacidad. (4) La dificultad para poder pronosticar a futuro el desarrollo intelectual y psicológico de los pacientes afectados de Malformación DW en parte se debe a esta gran variedad de malformaciones de fosa posterior que se aúnan bajo el mismo nombre.

La prevalencia de Malformación DW es de 1 de cada 25/30.000 casos, y es más frecuente en sexo femenino, en proporción de 3:1 respecto al masculino. La incidencia es de 1 de cada 5000 nacidos vivos. El riesgo de recurrencia en una misma familia es del 1 al 5%. (2)

La Malformación DW representa entre el 4-10% de todos los casos de hidrocefalia. Con frecuencia

se asocia a otras malformaciones cerebrales (malformación del cuerpo calloso), cardiacas, del paladar y de las vías urinarias, en cuyo caso el pronóstico empeora. Se considera que la mortalidad se sitúa entre un 12 y un 50% y, cuando se asocia con otras anomalías congénitas, puede llegar al 83%. La hidrocefalia no tratada empeora el pronóstico (2).

Esta malformación tiene lugar durante el periodo de embriogénesis, entre las semanas 7 y 10 de gestación. Sigue siendo de origen desconocido y etiología heterogénea. Se ha asociado con diversas alteraciones cromosómicas (3q+, 5p+, 6p+, 8p+, 8q+, 9p+ y 17q+) y con causas ambientales (exposición durante el primer trimestre del embarazo a sarampión, citomegalovirus, toxoplasma, warfarina, alcohol e isotretinoína).

Las manifestaciones clínicas de la malformación DW dependen de tres factores: la gravedad de la malformación primaria, las malformaciones asociadas presentes del sistema nervioso central u otros órganos o sistemas, y la edad del paciente en el momento del diagnóstico. Las principales manifestaciones clínicas consisten en el aumento del perímetro cefálico, los síntomas y signos secundarios al grado de hidrocefalia, cuando está asociada, y el retraso en el desarrollo psicomotor.

El papel del cerebelo como coordinador del movimiento está bien establecido. Es menos conocida su función de coordinación de funciones superiores. Las malformaciones cerebelosas en su conjunto, incluyendo el SDW, se han relacionado con:

1. Dificultad para iniciar conductas complejas verbales y no verbales (1).
2. Alteraciones en la orientación espacial (1).
3. Alteración de la percepción temporal, y de la evocación de recuerdos autobiográficos (2).
4. Alteración en la capacidad para aprender música (2).
5. Clínica propia de trastornos mentales: autismo (4), déficit de atención, cuadros afectivos francos con depresiones y/o manías, alteración o aplanamiento del afecto, conducta inapropiada (3), impulsividad, desinhibición, y síntomas psicóticos de tipo esquizofrénico.

Diferentes estudios (7,10) basados en lesiones isquémicas y tumorales han asociado una lesión en una determinada área topográfica con un correlato clínico:

1. Lesión olivopontocerebelosa: dificultades para la formación de conceptos, para asociar por parejas y enlentecimiento intelectual.
2. Se ha hipotetizado que tanto los hemisferios laterales cerebelosos como los núcleos dentado y emboliforme pueden ser responsables de la modulación del pensamiento, la planificación, la formación de estrategias, el aprendizaje, la memoria y el lenguaje.
3. Alteraciones de las funciones ejecutivas asociadas a atrofia cortical cerebelosa.
4. Déficits visoespaciales en alteraciones del hemisferio cerebeloso izquierdo.
5. Alteración del procesamiento lingüístico (tarea de generación de palabras) en infartos de hemisferio derecho cerebeloso.
6. Alteraciones del vermix: cambios de humor. La reducción del lóbulo posterior inferior del vermix se ha asociado con dificultad para cambiar el foco atencional en trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (1) y disprosodia.

El síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo de Shamahmann y Sherman (5)

Estos autores observaron un patrón de anomalías comportamentales, cognitivas y afectivas en pacientes con daño cerebeloso exclusivo sin afectación cerebral. Como causa Schmahmann et al (5) postulan la disrupción de las conexiones anatómicas cortico-ponto-cerebelosas y cerebelo-tálamo-cortex cerebral. Describen déficits en:

1. Funciones ejecutivas: planificación, memoria de trabajo, razonamiento abstracto y fluidez verbal.
2. Cognición espacial: desorganización visoespacial y memoria visoespacial.
3. Cambios en la personalidad con alteración del afecto, que puede estar aplanado o desinhibido.
4. Dificultades lingüísticas: anomia, disprosodia y agramatismo.

La afectación es más severa en pacientes con afectación bilateral y aguda. La afectación del lóbulo posterior del vermis tiene más papel en la generación de este síndrome.

Respecto a la gravedad de la afectación cognitiva en los pacientes afectados por esta malformación, los resultados son contradictorios. Algunos autores han hallado reducción de inteligencia general (6,7), otros hablan de que al menos un tercio de los pacientes presentarían un desarrollo normal y otros incluso describen una capacidad superior (8, 9)

Bolduc y Limperopoulos (2) y Klein (10) y colaboradores comparan el cociente intelectual de una muestra con pacientes con alteración parcial del vermix con otra de pacientes con alteración severa, hallando un cociente intelectual (CI) medio en el grupo con lobulación normal del vermix en comparación con el grupo que presenta alteraciones severas del mismo y que asocia un CI inferior. La displasia del vermix podría ser la máxima responsable de las alteraciones intelectuales observadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

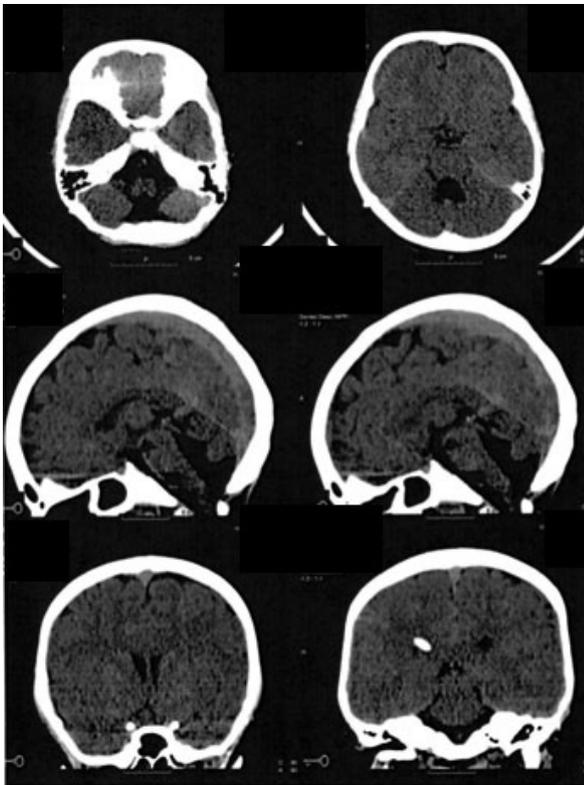
Paciente derivado a la Unidad de Salud Mental Infantil y Adolescente (USMIA) con la sospecha de trastorno del espectro autista (TEA). Diagnóstico radiológico a los 3 años y medio de malformación DW con dilatación ventricular sin especificar variante.

En la resonancia magnética cerebral se pone de manifiesto una fosa posterior de tamaño normal que muestra la presencia de una cisterna magna aumentada de tamaño en comunicación con el cuarto ventrículo, acompañada de hipoplasia del vermix cerebeloso y de discreta hipoplasia de hemisferios cerebelosos. No hay elevación de la inserción tentorial y el sistema ventricular supratentorial está aumentado de tamaño. El cuerpo calloso tiene una configuración normal.

En la tomografía axial computarizada (TAC) cráneo-encefálica se aprecia un aumento de volumen de sistema ventricular; ventrículos laterales, y de tercer y cuarto ventrículos en relación con una hidrocefalia y una posible hipoplasia de vermix cerebeloso inferior (figura 1). El diagnóstico que

consta en informe de alta es de variante DW. Dos meses después del diagnóstico se implanta una válvula ventrículo-peritoneal parietal derecha.

Figura 1: TAC cráneo-encefálico del caso.



Anamnesis

Paciente varón nacido en la semana 39 con 3,400 Kg de peso. La madre no describe complicaciones durante el embarazo ni en el parto. Plagiocefalia detectada en la revisión periódica de salud a los seis meses de vida y tratada con casco ortopédico hasta los 2 años.

Retraso en el desarrollo del lenguaje con ausencia completa del mismo hasta los 34 meses. Buena capacidad de comprensión y comunicación no verbal con gestos. Tras la cirugía, el paciente adquirió lenguaje de forma rápida. Adquisición de la marcha libre con 18 meses con un periodo de gateo previo corto. Control de esfínteres diurno a los 3 años y

nocturno a los 5 años. Disgrafía y retraso en la adquisición de la lecto-escritura.

Como antecedentes familiares, un primo hermano del paciente está diagnosticado de Síndrome de Asperger y una tía materna de retraso en el inicio del habla.

Los padres se separaron cuando el paciente tenía 8 años, aunque mantienen una relación cordial. El paciente es el menor de dos hermanos con el que se lleva 3,5 años. La madre sospechaba rasgos de autismo en el hermano mayor que fue estudiado y se concluyó superdotación con cociente intelectual de 147.

Enfermedad actual

Tras el inicio de la educación secundaria, la orientadora escolar refiere sospecha de déficit de atención así como rasgos autísticos por lo cual es derivado a la unidad.

En primeras consultas el paciente tiene 11 años. Inicialmente es atendido por otro facultativo quien describe al paciente como tranquilo y colaborador, hace referencia a las dificultades que tiene para expresarse y describe como clínica principal las dificultades para relacionarse con los chicos de su edad, cierta inflexibilidad ante los cambios o situaciones novedosas y dificultades en la psicomotricidad gruesa y fina. Durante la exploración constan las siguientes anotaciones: “Adecuada interacción, buen contacto ocular, bromea, lenguaje algo enlentecido, en ocasiones con respuestas erróneas, da la impresión de no entender lo que se le pregunta. Relatos mal estructurados”.

La impresión diagnóstica tras esta primera visita es de Trastorno neurológico y Trastorno expresivo del lenguaje, concluyéndose que “No impresiona de TEA [...] tiene claras las relaciones de amistad, de compañerismo y su rol en ellas, adecuada interacción, buena integración del lenguaje verbal y no verbal, comprende bromas”.

El padre describe al paciente como un chico cariñoso, obediente y temeroso. Refiere que su torpeza motora le impide participar de actividades como esquiar o montar en los parques de atracciones.

La madre del paciente refiere dificultades para expresarse de forma oral y escrita, que los exámenes son “anárquicos” y no sabe cómo organizarse para realizarlos. No refieren preocupación por su vida social pero sí que es poco independiente y precisa supervisión de todas sus actividades.

La tutora del paciente informa de que este tiene más dificultad en el área de las lenguas incluso para el castellano. Refiere que ha tenido dificultad para integrar el uso de los signos de puntuación y las normas de ortografía, así como para identificar fonemas y para expresarse: “Tiene un vocabulario muy amplio para su edad, pero no sabe cómo aplicarlo”. A pesar de estas dificultades el paciente mantiene un buen rendimiento y promociona los cursos. No ha precisado apoyos ni adaptaciones. Es respetuoso y voluntarioso. A nivel social lo describe como “introvertido” y refiere que se junta poco con los chicos porque no comparte su interés por el deporte, aunque se relaciona bien con las chicas y no se aísla ni suele estar solo. Se relaciona especialmente con un compañero.

Exploración del estado mental actual

En el momento de la valoración del estado mental actual el paciente tiene 13 años y 5 meses.

Mantiene una actitud colaboradora durante las entrevistas, con contacto adecuado.

Su prosodia es algo peculiar, como “gangosa”, pero la entonación es apropiada y utiliza las manos para potenciar el discurso. Recurre a la coletilla “principalmente” para apoyarse en sus respuestas.

Respecto a sus dificultades verbales, refiere problemas para expresarse que describe como que “omite palabras”: “El negro me han dicho” en lugar “del cinturón negro...”. En ocasiones sustituye el “sí” por el “no” o dice “redondo” cuando quiere decir “cuadrado”. También en ocasiones realiza un gesto afirmativo cuando quiere hacer uno negativo o viceversa.

Describe síntomas de torpeza motora: no es capaz de realizar las actividades de gimnasia de salto de potro, dar volteretas o hacer el pino. El paciente se queja de mareo y miedo cuando se tiene que enfrentar a la clase de educación física. Ha tenido problemas

para realizar tareas de equilibrio como ir en bici, subir en patín, usar patines o esquiar.

A nivel afectivo describe un cuadro adaptativo reactivo a situación de *bullying* escolar actualmente resuelto con hipotimia.

Durante la exploración acerca del reconocimiento de sentimientos y emociones propias y ajenas, así como comprensión de las relaciones sociales y su rol en ellas, da muestras de un buen entendimiento de un amplio rango de emociones y relaciones personales. Se puede proyectar así mismo en el futuro con planteamientos realistas y deseos de relación de intimidad. Da ejemplos de situaciones que le enfadan, entristecen, o alegran, sobre el sentimiento de soledad, el concepto de la amistad y el concepto de la pareja. Recurre con frecuencia a las bromas cuando se siente incómodo en la situación exploratoria como defensa avanzada.

Refiere en este momento no tener clara su orientación sexual, peculiaridad que comparte con su hermano mayor y que parece estar relacionada con un sistema educativo familiar abierto.

Realiza comentarios críticos acerca de algunos de sus comportamientos “Soy mal ganador, cuando gano te restringo por la cara he ganado, he ganado [...] y soy algo narcisista porque a veces me creo mejor que los demás”.

Respecto a la pregunta de si se siente diferente a los chicos de su edad, responde “Yo no hago lo mismo: no soy muy bueno en fútbol, lo que está de moda, el musicalis®, no lo hago, menos los videojuegos... Pienso diferente, pero creo que es cuestión de educación: un día tiraron a una persona al suelo y ni le preguntaron cómo estaba...”. Muestra una buena capacidad introspectiva y reflexiva.

Exploración neuropsicológica

La madre aporta un informe neuropsicológico previo a la cirugía, con 3 años y 8 meses, emitido por un centro privado donde se objetiva un índice general cognitivo determinado mediante el test McCarthy, con una puntuación de 105. Se describe la mayor dificultad en el área de la psicomotricidad con dificultades en el equilibrio, la coordinación, el balanceo, la precisión de los movimientos gruesos,

los finos y la grafomotricidad. También se indican dificultades en el área verbal y en la escala numérica. Asocia ligera dificultad en memoria pictórica, verbal y numérica.

Se administra la escala EDAH (escala para la evaluación del déficit de atención) objetivándose un déficit atencional y de memoria sin llegar a cumplir criterios de TDAH.

En el informe de logopedia se describen dislalias múltiples, un vocabulario muy por debajo de su grupo de referencia, y dificultades para la comprensión de órdenes complejas, para explicar cómo se emplean objetos de uso común, y para relatar secuencias de acciones.

En el informe neuropsicológico posterior a la cirugía, con 4 años y siete meses, el test de McCarthy ofrece una puntuación de 128, es decir, un incremento de 23 puntos respecto a la valoración prequirúrgica. Además, no se observa dificultad en ninguna escala y se aprecia mejora en las puntuaciones en el EDAH, especialmente en el cuestionario escolar.

La valoración de los rasgos de personalidad mediante la administración del test de apercepción temática CAT-A (test proyectivo de utilidad para valorar rasgos de temperamento y conflictos psicológicos) indica: “Rasgos de niño tierno, sociable, elevados niveles de ensoñación y fantasía, inmadurez emocional y torpeza motora”.

El informe de logopedia indica que “mantiene dificultades de articulación” pero se sitúa en la normalidad en el aspecto semántico, sintáctico y pragmático. El test ITPA (test de Illinois de aptitudes piscolingüísticas), que detecta fallos en el proceso de comunicación, indica que presenta una edad piscolingüística superior, de 6 años y 4 meses, en especial en las áreas de comprensión visual, expresión motora mediante gestos y memoria secuencial visomotora, concluyendo que sus puntos fuertes eran la comprensión visual, la asociación visual y la expresión motora, mientras que los puntos débiles eran la memoria secuencial auditiva, la integración gramatical y la integración visual.

La exploración neuropsicológica actualizada, a la edad de 13 años y 5 meses, muestra un CI total de 103, valorado mediante la aplicación de la Escala

de inteligencia de Weschler para niños – V (WISC V), con la siguiente puntuación en las diferentes subescalas: comprensión verbal, 92; visoespacial, 100; razonamiento fluido, 123; memoria de trabajo, 85; velocidad de procesamiento, 100. El análisis de resultados informa de “nivel cognitivo alto en tareas de razonamiento y análisis abstracto, nivel viso constructivo dentro del promedio, velocidad de procesamiento, atención alternante y focalizada. En tareas de tipo verbal y memoria de trabajo el rendimiento disminuye”.

Dado que las diferencias de puntuación en algunas áreas superan los 30 puntos, estos resultados deben considerarse con cuidado.

El test de Stroop señala dificultades en la atención selectiva y baja resistencia a la interferencia.

El test de la Figura de Rey indica que en la memoria visual se deja detalles importantes en el recuerdo de la figura, encontrándose en el percentil 20 (bajo).

DISCUSIÓN

En el caso del paciente descrito se pone de manifiesto a nivel clínico el papel del cerebelo en las funciones cognitivas superiores: (2)

1. Dificultades lingüísticas, de pronunciación y cierto enlentecimiento, así como dificultades para encontrar la palabra adecuada e, incluso, confusión de términos. Dificultades en la ortografía.
2. Dificultades en las funciones ejecutivas, la atención y la planificación.
3. Dificultades motrices finas y gruesas con dificultad para manejar vehículos que requieren equilibrio, “corre como un robot”. Incapacidad para llevar un patín, una bici, esquiar...

Aunque el paciente fue derivado por sospecha de síndrome de Asperger, a lo largo de las entrevistas se pone de manifiesto una buena capacidad empática, un deseo de integración social, un deseo futuro de intimidad relacional, una buena capacidad para identificar estados emocionales propios y ajenos y una buena autorregulación emocional.

Durante la entrevista, las interacciones son apropiadas y ajustadas al contexto.

Destaca un funcionamiento familiar donde se facilita la discusión y reflexión de mentalidad abierta basado también en la inclusión de la diferencia y el respeto que junto, con el CI elevado de ambos hijos, puede propiciar cierta inadaptación al grupo de iguales. Sin embargo, tanto el paciente como su hermano han sabido encontrar intimidad en relaciones en pequeño grupo y se sienten satisfechos de las mismas.

Hasta la fecha el paciente no ha presentado clínica que haga sospechar de un trastorno afectivo o psicótico. Asocia dificultades atencionales selectivas sin repercusión funcional.

Las alteraciones del neurodesarrollo asociadas al complejo DW se relacionan más con el control de la hidrocefalia y con las alteraciones supratentoriales asociadas (alteraciones migracionales, displasias corticales...) que con las alteraciones de la fosa posterior. En general, en ausencia de estas alteraciones el pronóstico es mucho mejor (11). Resulta tentador hipotetizar que el desarrollo cognitivo del paciente podría haber alcanzado cuotas superiores de no haberse visto detenido por el aumento de presión intracraneal durante los 3 primeros años de su vida, como parecen indicar las diferencias en los resultados de las distintas exploraciones neuropsicológicas llevadas a cabo antes y después de la intervención. La detección y el tratamiento precoz de la hidrocefalia es la clave para mejorar el pronóstico (11).

Se precisa de estudios que permitan establecer qué factores pueden contribuir a facilitar el desarrollo psicológico y afectivo de estos pacientes.

CONCLUSIONES

El cerebelo, más allá de su función motora, actúa como un regulador de la velocidad, la consistencia y la adecuación de los procesos cognitivos, apreciándose una “dismetría en el pensamiento” cuando se ve afectado. Su función en la cognición sería la de prevenir, detectar y corregir errores tanto de la conducta motora, como de la cognitiva y de la afectiva. Actuaría a modo de un sistema supervisor y corrector global.

Hasta la fecha no es posible pronosticar de forma clara el impacto de la afectación cerebelosa en la vida, académica, laboral o personal de las personas afectadas por la malformación de DW (8).

La mejoría evolutiva tras la corrección de la hidrocefalia resalta la importancia de la detección temprana.

Los pacientes afectados se beneficiarán de la aplicación temprana de medidas de rehabilitación neuropsicológica. Es fundamental llevar a cabo una exploración psicopatológica en profundidad para descartar cuadros de apariencia psiquiátrica que puedan estar motivados por la presencia de síntomas neurocognitivos.

REFERENCIAS

1. Nieto Barco A, Wollman Engeby T, Barroso Ribal J. Cerebelo y procesos cognitivos. *Anales de psicología*. 2004;20(2):205-21. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/167/16720204.pdf>
2. Bolduc ME, Limperopoulos C. Neurodevelopmental outcomes in children with cerebellar malformations: a systematic review. *Developmental medicine and child neurology*. 2009;51(4):256-67. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03224.x>
3. Rohanachandra YM, Dahanayake DM, Wijetunge S. Dandy-Walker Malformation Presenting with Psychological manifestations. *Case Rep Psychiatry*. 2016;9:104-306. <https://doi.org/10.1155/2016/9104306>
4. Pinchefsky EF, Accogli A, Shevell MI, Saint-Martin C, Scour M. Developmental outcomes in children with congenital cerebellar malformations. *Dev Med Child Neurol*. 2019; 61(3):350-58. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14059>
5. Schmahmann JD, Sherman JC. The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*, 1998;121:561-79. <https://doi.org/10.1055/s-2006-946003>
6. Batman M, Balcik ZE, Ozer U, Hamurisci Yalcin B, Ozen S. Dandy-Walker Malformation Presenting with Affective Symptoms. *Noropsikiyatr Ars*. 2017;54(3):277-81. <https://doi.org/10.5152/npa.2017.18114>

7. Barrios M, Guardia J. Relacion del cerebelo con las funciones cognitivas:evidencias neuro-anatómicas, clinicas y de neuroimagen. Rev Neurol. 2001; 33:582-91.
<https://doi.org/10.33588/rn.3306.2001181>
8. Hampson DR, Blatt GJ. Autism spectrum disorders and neuropatholgy of the cerebellum. Front Neurosci. 2015;9:420.
<https://doi.org/10.3389/fnins.2015.00420>
9. Aletebi F, Fung K. Neurodevelopmental outcome after antenatal diagnosis of posterior fosa abnormalities. Journal of ultrasound med. 1999;18(10):683-89.
<https://doi.org/10.7863/jum.1999.18.10.683>
10. Klein O, Pierre-Kahn A, Boddaert N, Pausot D, Brunelle F. Dandy Walker malformations: prenatal diagnosis and prognosis. Childs Nerv Syst. 2003;19:484-89.
<https://doi.org/10.1007/s00381-003-0782-5>
11. Sasaki-Adams, Elbabaa SK, Jewells V. et al. The Dandy-Walker variant: a case series of 24 pediatric patients and evaluation of associated anomalies. Pediatr. 2008;2(3):194-9.
<https://doi.org/10.3171/PED/2008/2/9/194>

F. García-Escribano^{1*} 

M.R. Pérez Moreno¹ 

1 Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

F. García-Escribano

Correo electrónico: Florencio.garcia-escribano@salud.madrid.org

Trastorno dismórfico corporal del adolescente

Adolescent Body Dysmorphic Disorder

RESUMEN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno caracterizado por la preocupación por defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un gran malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece. La prevalencia de este trastorno oscila entre el 1,7 y 2,5% en la población general, siendo las dos terceras partes de los casos de inicio en la adolescencia. Existen diferencias significativas a la hora de clasificar este trastorno. Mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los trastornos somatomorfos, el DSM-5 y la futura CIE-11 lo clasifican dentro del Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y Trastornos relacionados. Así mismo, a nivel clínico, pueden surgir dudas diagnósticas con los trastornos psicóticos o con los trastornos de la conducta alimentaria. Presentamos el caso de una paciente de 16 años, cuya sintomatología planteaba los interrogantes previamente descritos, decantándonos finalmente por el diagnóstico de TDC en la forma en que lo hacen el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y trastorno relacionados), siendo tratada como tal y evolucionando de forma favorable. Este artículo tiene dos objetivos principales. En primer lugar, actualizar al lector en el novedoso cambio nosológico del TDC en la CIE-11, que se aproxima cada vez más a la orientación americana, siendo ésta la que hemos usado como referente para nuestro trabajo. En segundo lugar, profundizar en el diagnóstico diferencial de esta entidad, ya que no resulta una tarea sencilla y prueba de ello es el cambio clasificatorio anteriormente mencionado.

Palabras clave: Trastorno Dismórfico Corporal, adolescente, DSM-5, CIE-11, TOC.

ABSTRACT

Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by preoccupation with nonexistent or slight defects in physical appearance, that cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. Point prevalence of BDD is 1,7-2,5% in general population, with two thirds of the cases beginning in adolescence. There are significant classificatory differences to take into account. Whereas ICD-10 classifies it among Somatoform Disorders, DSM-5 and future ICD-11 do it among obsessive compulsive Disorder (OCD) and related Disorders. Furthermore, diagnostic doubts may arise with psychotic disorders or eating disorders. We present the case of a 16-years old girl, whose symptoms raised the questions previously exposed. We finally opted for BDD diagnosis, according to DSM-5 and ICD-11 classifications (OCD and related disorders). The patient was treated accordingly and she has progressed favorably. There are two main objectives in this article. First, to update the reader on the classificatory change of BDD in the ICD-11, which resembles the American point of view of this disorder, that is the one which we base our study on. Second, to deepen on the differential diagnosis, as it is not an easy task and this is evidenced by the classificatory change previously mentioned.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, teenager, DSM-5, ICD-11, OCD.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) es un trastorno caracterizado por la preocupación por defectos físicos corporales no existentes, o apenas perceptibles, que generan un gran malestar psicológico o un deterioro en el funcionamiento de la persona que lo padece (1). La prevalencia de este trastorno oscila entre el 1,7 y 2,5% en la población general, siendo las dos terceras partes de los casos de inicio en la adolescencia (2).

Existen diferencias significativas a la hora de clasificar este trastorno, pues mientras que la CIE-10 lo hace dentro de los trastornos somatomorfos (3), el DSM-5 lo clasifica dentro de TOC y trastornos relacionados (1), siendo esta orientación la que hemos usado para nuestro trabajo. Así mismo, a nivel clínico, pueden surgir dudas diagnósticas con los trastornos psicóticos o con los trastornos de la conducta alimentaria.

Resulta novedoso mencionar que la futura CIE-11 clasificará el TDC de una forma similar a como lo hace el DSM-5, es decir, en TOC y trastornos relacionados (4). De esta forma, la sintomatología nuclear del TDC, según el DSM-5 y la CIE-11, consiste en preocupaciones por la apariencia física difíciles de resistir o controlar, que involucran comportamientos dirigidos a comprobar, camuflar o arreglar dichos defectos, consumiendo mucho tiempo en el proceso.

El curso de la enfermedad es, por lo general, crónico, mejorando significativamente con un tratamiento adecuado. Los tratamientos más efectivos son, a nivel farmacológico, los ISRS a dosis altas y la clomipramina (5) y, a nivel psicológico, la terapia cognitivo-conductual de tipo exposición y prevención de respuesta (6).

Presentamos el caso de una paciente de 16 años, cuya sintomatología planteaba los interrogantes semiológicos previamente mencionados, decantándonos finalmente por el diagnóstico de TDC en la forma en que lo hacen el DSM-5 y la CIE-11 (TOC y trastornos relacionados), siendo tratada como tal y evolucionando favorablemente. Los objetivos de este artículo son, por tanto, actualizar al lector en el novedoso cambio nosológico del TDC en la CIE-11 y profundizar en el diagnóstico diferencial de esta

entidad, ya que no es una tarea sencilla y prueba de ello es el cambio clasificatorio anteriormente mencionado.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Mujer de 16 años que es derivada a consultas de psiquiatría infanto-juvenil por su Médico de Atención Primaria (MAP), con juicio clínico de “ansiedad”. Acude acompañada por su madre. A partir de este momento, nos referiremos a la paciente como P y a su madre como M.

Antecedentes personales somáticos: deformidad craneal congénita (plagiocefalia), corregida mediante casco durante primer año de vida. A los 13 años es diagnosticada de escoliosis dorso-lumbar grave, que requirió intervención quirúrgica 3 meses más tarde. A los 15 años tiene lugar la segunda cirugía de escoliosis.

Antecedentes personales psicopatológicos: con 15 años es atendida por la psicóloga clínica de nuestro centro, por “tristeza y desmotivación, de carácter anticipatorio a la segunda cirugía de escoliosis”, siendo dada de alta al remitir dicha sintomatología.

Antecedentes familiares: M padeció un episodio depresivo grave durante la primera infancia de la paciente (cuando esta tenía 2 años), con importante repercusión funcional, por el que siguió tratamiento prolongado psiquiátrico y psicológico. El padre estuvo en tratamiento psiquiátrico de joven, aunque se desconoce información en mayor profundidad.

Embarazo y desarrollo: Embarazo normal, parto vaginal instrumentado. Peso 3,600 kg y talla 50 cm. M aplicó el método Estivill, por lloros continuados del bebé. Hitos del desarrollo alcanzados con normalidad. Crianza materna con ayudas, a raíz del episodio depresivo grave, entre los 2 y los 5 años de P. Escolarizada con 3 años en colegio público donde cursa infantil y primaria, sin problemas de aprendizaje ni conducta. Educación secundaria en instituto público. A los 11 años comienza a sentir rechazo por parte de sus iguales y tiene problemas de integración en grupos.

Enfermedad actual: P data el inicio de su malestar en las navidades de 2018, 6 meses antes de la consulta actual, cuando observó que la forma en la que se veía en el espejo era distinta a cómo se veía en las fotos, advirtiéndole que la imagen especular no era simétrica. Explica que en el espejo se veía bien, pero en las fotos no, por lo que empezó a preocuparse por cómo le verían los demás, asemejando el punto de vista de estos al de las fotos.

En la primera consulta, P dice tener varias partes defectuosas o deformadas, siendo las de la cara las que más ansiedad le generan, especialmente la mandíbula. Aunque por un lado se muestra convencida de ello, por otro lado, expresa la duda de estarlo. P explica que existen días en los que no tiene defectos y se siente bien, pero que hay otros en los que sí y se angustia. Asegura haber visto y sentido dichas deformaciones en ocasiones, pero no siempre están, por lo que le surge el deseo y a la vez el miedo, de comprobarlo. Generalmente cede a la comprobación y, si confirma su existencia, se angustia terriblemente. Por otro lado, si la descarta, sigue comprobando el resto del cuerpo hasta que encuentra otra deformidad, con el mismo resultado. Estas comprobaciones duran en torno a 5 horas al día. “Y podría estar muchas horas más, si no evito lo que evito”. Con esto, hace referencia a que evita todo aquello que pueda recordarle y desencadenar estas obsesiones (como, por ejemplo, mirarse al espejo). P es consciente de la gran cantidad de tiempo que invierte en estos rituales y que el resultado es, en la mayoría de los casos, angustiante, por lo que, como hemos dicho, trata de evitarlos. En palabras de la paciente, “prefiero quedarme con la duda a saber la realidad”. En ocasiones se ha sentido tan angustiada, que describe fenómenos de despersonalización, “tengo que pellizcarme para aferrarme a la realidad”. Además, la paciente refiere que estos pensamientos le generan sentimientos de rechazo y vergüenza hacia sí misma. Añade que se siente aliviada cuando otras personas le confrontan sus ideas y desea que se lo digan. Sin embargo, refiere que este alivio es momentáneo, “al día siguiente vuelvo a pensar lo mismo. A corto plazo está bien, pero a largo plazo no hay diferencia”. Admite, que ha pensado en varias ocasiones en acudir a un cirujano plástico para que le opere dichos defectos, aunque suspira

“me tendría que arreglar toda la cara, todo está deformado”. Al mismo tiempo, P entiende que su MAP le ha derivado a Salud Mental y no a cirugía plástica y lo acepta. Respecto a su fijación con la mandíbula, ha acudido en varias ocasiones a un dentista, el cual le extrajo una muela en una ocasión y le diagnosticó de afección de la articulación temporomandibular en otra.

P ha finalizado 4º ESO, con buenas notas, aunque con un ligero empeoramiento con respecto a los años previos. Tiene escaso círculo social. Explica que en ocasiones no quiere ir al colegio para que sus compañeros no se den cuenta de sus defectos. También dice que le da mucha vergüenza hablar de este tema y que nunca ha sido capaz de contárselo a ningún familiar, amigo o profesional de la salud previamente. La única persona a la que se lo ha contado ha sido a la psicóloga de su colegio, la cual le habló acerca del “trastorno dismórfico corporal” y se ha sentido muy identificada.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientada. Aspecto cuidado. Posición erguida y rígida. Gesto serio, facies inexpresiva. Actitud colaboradora y abordable. Contacto ocular mantenido. Reactiva y sintónica. Lenguaje fluido y espontáneo, adecuado en tasa y tono. Discurso coherente y estructurado, de carácter vago. No alteraciones en la forma o curso del pensamiento. Ideas sobrevaloradas y obsesivas de carácter hipocondríaco y asimetría de rasgos faciales. Compulsiones en forma de pensamientos y actos motores (ej. tocarse) de comprobación. Conductas de evitación de aquello que desencadene las obsesiones y compulsiones. Conductas evitativas sociales.

Percepciones visuales y cenestopáticas, ante las que está hiperalerta y que desencadenan los pensamientos rumiativos y obsesivos. Rasgos ansiosos y obsesivos de personalidad.

Ansiedad flotante, que se exagera en momentos de mayor estrés, con crisis de angustia puntuales. Fenómenos de despersonalización. Hipotímica. Anhedonia y apatía parcial. No irritabilidad. Cogniciones de rechazo, vergüenza y culpa. Ideas pasivas de muerte, que se agudizan en momentos de elevada angustia, sin clara planificación ni estructuración. No ideación autolítica en este momento. No ademanes auto o heteroagresivos. Ritmos cronobiológicos conservados.

Diagnóstico diferencial: Planteamos el siguiente diagnóstico diferencial de la paciente, explicando en cada caso los motivos a favor y en contra de cada diagnóstico:

- Trastorno delirante crónico, de tipo somático: en este trastorno, la convicción del delirio es completa e irreductible. El caso de nuestra paciente pertenecería a la categoría de idea sobrevalorada.
- Esquizofrenia paranoide de inicio en la adolescencia: en este trastorno existe un predominio de las alucinaciones frente a los delirios, en comparación con los adultos. Las alucinaciones son, por lo general, auditivas, aunque también pueden acompañarse de alucinaciones visuales o táctiles. Estas alucinaciones producen alteraciones importantes del comportamiento, afectando a la funcionalidad del paciente y a su entorno. En estudios longitudinales, se ha observado que estas formas de esquizofrenia tienen una evolución de tipo procesal, generando un deterioro progresivo y acusado del paciente, en forma de síntomas negativos y déficits cognitivos. En nuestro caso, la funcionalidad de la paciente se encuentra preservada, el medio familiar apenas se ha visto afectado y no se ha observado defecto alguno. En todo caso, el diagnóstico diferencial podría plantearse con un estado prodrómico, pero lo descartamos en tanto que la paciente presenta clínica polimorfa, de larga data y con conciencia parcial de la misma.
- Episodio depresivo grave, con síntomas psicóticos: P presenta hipotimia y anhedonia parcial, que en ningún momento le han producido un deterioro funcional grave o un malestar clínicamente significativo. Por el contrario, P achaca su bajo ánimo a la sintomatología previamente descrita y explica que comenzó posteriormente a la misma. Además, la sintomatología que presenta P se ha mantenido estable a lo largo de más de un año, haciendo poco posible que se trate de un episodio fásico, típico de las depresiones.
- Trastorno de la conducta alimentaria (TCA), tipo anorexia nerviosa: aunque este trastorno es de inicio frecuente en la adolescencia, con especial prevalencia en el sexo femenino, en el que existe una alteración de la percepción de la

imagen corporal, nuestra paciente no cumple el resto de criterios diagnósticos para esta entidad (restricción de la ingesta energética, que conduce a un infrapeso, así como miedo intenso a engordar).

- Trastorno somatomorfo, tipo hipocondriaco: este trastorno sería el más complicado de descartar clínicamente pues, como hemos mencionado previamente, tanto la CIE-10 como el antiguo DSM-IV incluyen el TDC dentro de esta categoría. Sin embargo, uno de los criterios diagnósticos es la negativa insistente a aceptar las explicaciones médicas, por lo que los pacientes tienden a solicitar pruebas complementarias y a acudir a numerosos especialistas, rechazando por lo general acudir al psiquiatra. En nuestro caso ocurre más bien lo contrario, pues P, aunque presenta un insight parcial, acepta la posibilidad de tener un trastorno mental (de hecho, verbalizó sentirse identificada con el TDC) y colabora ampliamente con el tratamiento en salud mental. Su foco en las consultas no está puesto en descartar patologías, sino más bien, en reducir su malestar.
- Trastornos dismórfico corporal (TOC y trastornos relacionados): a pesar de la heterogeneidad en la psicopatología que presente nuestra paciente, bajo nuestro punto de vista, la semiología predominante es la ansiedad, siendo el diagnóstico clínico que más se aproxima al de TDC, de la manera en que lo clasifica el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y relacionados).

Juicio clínico: Trastornos dismórfico corporal (TOC y trastornos relacionados), con poco nivel de introspección (especificador del DSM-5). Rasgos ansiosos y obsesivos de personalidad

Tratamiento: Se inicia tratamiento con Sertralina 25mg por las mañanas y se deriva a consultas de psicología infanto-juvenil de nuestro centro.

Evolución: Mejoría anímica subjetiva y objetiva (reportada por la madre) a las 3 semanas de iniciar el tratamiento. Las obsesiones y compulsiones han disminuido ligeramente en frecuencia e intensidad. P ha estado investigando acerca del TOC y está realizando por su cuenta terapia de exposición y prevención de respuesta. Además, la paciente se ha

cambiado de colegio y refiere sentirse más integrada, así como socializar más. La madre confirma que P sale más a menudo de casa y que habla más de sus nuevos amigos. Se escala la dosis de Sertralina hasta 200mg/d y se indica Diazepam 2.5 mg para los momentos de elevada angustia. Tras 4 semanas con dicho tratamiento, la paciente refiere, con gran alegría, que ha comenzado a mirarse en el espejo.

DISCUSIÓN

Aunque los criterios DSM están orientados a la psicopatología de los adultos, los criterios para el TDC son extensibles a la población infanto-juvenil, pues varios estudios han demostrado la gran similitud entre ambas. Sólo dos variables aparecieron en una proporción significativamente mayor en el TDC infanto-juvenil (7):

- La mayor frecuencia de TDC delirante: se postula que podría deberse al menor desarrollo de la capacidad de metacognición de los adolescentes, dado que se trata de una capacidad esencial para el proceso de insight.
- La mayor tasa de suicidabilidad: esto podría explicarse, en parte, a que la identidad del adolescente está fuertemente influida por la opinión de los demás y esta, a su vez, por la apariencia física.

Actualmente, existe una importante discusión respecto a si ambos trastornos (TOC y TDC) son entidades diferentes o no. Según diversas revisiones (2)(10), el TDC pertenecería a los trastornos relacionados con el TOC pero lo diferencia del TOC propiamente. Esto se debe a que existen resultados preliminares de que podrían existir alteraciones propias en la resonancia magnética cerebral (8) en pacientes diagnosticado de TDC, así como genes propios (9). Además, a nivel clínico, este se diferenciaría del TOC en que las obsesiones y compulsiones están centradas en la apariencia física, sin extenderse a otras áreas clásicas (como limpieza,

duda, simetría, etc.) y en que este trastorno es de mayor gravedad clínica (mayor disfuncionalidad y mayor suicidabilidad). Además, las obsesiones y compulsiones del TOC son vividas claramente como irracionales, mientras que, en el TDC, estas ideas son de carácter sobrevalorado, con menor insight.

CONCLUSIONES

Hemos presentado el caso de una adolescente de 16 años, con una enfermedad de un año de evolución, caracterizada por una sintomatología heterogénea y abigarrada, que supuso importantes dudas diagnósticas en un inicio. Tras una detallada anamnesis y exploración psicopatológica, nos decantamos por el diagnóstico de TDC, según lo clasifica el DSM-5 y la futura CIE-11 (TOC y trastornos relacionados) y siendo tratada como tal, la evolución clínica ha sido favorable.

FINANCIACIÓN/CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado, ni tiene conflicto de interés alguno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores declararan que son autores de la investigación y que han seguido los protocolos establecidos por su centro sanitario, para acceder a los datos de la historia clínica del paciente, con el objeto de realizar este tipo de publicación con finalidad de investigación/divulgación para la comunidad científica.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Editorial médica Panamericana. 2014.

2. Salavert J, Clarabuch A, Trillo M. Trastorno Dismórfico Corporal: revisión sistemática de un trastorno propio de la adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil* 2019;36(1):4-19. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a1>
3. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10, Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, 11ª revisión. Versión online. 2018.
5. Phillips KA. Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Psychiatr Ann* 2010; 40(7):325-32. <https://doi.org/10.3928/00485713-20100701-05>
6. Harrison A, Fernández de la Cruz L, Enander J, Radua J, Mataix-cols D. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. 2016;48:43-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.007>
7. 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;141(3):305-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.09.014>
8. Atmaca M, Bingol I, Aydin A, Yildirim H, Okur I, Yildirim MA et al. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *J Affect Disord*. 2010;123(1-3):258-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.012>
9. Phillips KA, Zai G, King NA, Menard W, Kennedy JL, Richter MA. A preliminary candidate gene study in body dysmorphic disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2015;6:72-6. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.06.004>
10. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: Assessment, diagnosis, and differential diagnosis. Uptodate 2018.

Miguel Romero-González^{1*} 
Mireia Primé-Tous¹ 
Inés Martín-Villalba¹ 
María Alejandra Martí-González¹ 

¹ Servicio de Psiquiatría y psicología infantil y juvenil.
Departamento de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Instituto
de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Miguel Romero. Hospital Clínic de Barcelona
Correo electrónico: miromero@clinic.cat

*Trastorno del vínculo en niños con
trastorno del espectro alcohólico fetal*

*Attachment Disorder in Children with
Fetal Alcohol Spectrum Disorder*

RESUMEN

Introducción: El síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) resultan de la exposición intrauterina al alcohol, y son las causas no heredables más comunes de discapacidad intelectual. Entre personas diagnosticadas de TEAF se ha identificado una mayor prevalencia de alteraciones físicas, cognitivas y conductuales, y mayor psicopatología en el niño, afectando a variables del temperamento que dificultan la creación de un vínculo seguro. Los niños con trastorno del vínculo presentan alteraciones conductuales, emocionales y de interacción social que aparecen asociados a la exposición de un patrón de cuidado caracterizado por negligencia, carencia social o maltrato durante la primera infancia.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es aportar información sobre los trastornos del vínculo en población diagnosticada de un TEAF, a través de la revisión de la literatura existente y la presentación de dos casos clínicos. Por último, discutiremos sobre la intervención psicoterapéutica en este perfil clínico. **Método:** Estudio de casos clínicos, de dos niños con diagnóstico de TEAF y Trastorno del vínculo, atendidos en nuestro servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. **Resultado:** Se expondrán las características clínicas y la evolución de los casos durante el tratamiento. **Conclusiones:** Se propone un diagnóstico temprano y una intervención centrada en el vínculo que

ABSTRACT

Introduction: Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders (FASD) result from intrauterine exposure to alcohol, and are the most common non-heritable causes of intellectual disability. Among people diagnosed with FASD, a higher prevalence of physical, cognitive and behavioral disorders, as well as more psychopathology have been identified in the child, affecting temperament variables that make it difficult to create a secure attachment. Children with attachment disorders show behavioral, emotional and social interaction problems that appear associated with exposure to patterns of care characterized by neglect, social deprivation or abuse during early childhood.

Objective: The aim of this work is to review the relationship between FASD and attachment disorders, through the review of the existing literature and the presentation of two clinical cases. Finally, we will discuss about the psychotherapeutic intervention in this clinical profile. **Method:** Clinical case study of 2 children with a diagnosis of FASD and attachment disorder, treated in our Child and Adolescent Clinical Psychiatry and Psychology Service at Hospital Clínic in Barcelona. **Results:** The clinical characteristics and the evolution of the cases during the treatment will be presented. **Conclusions:** An early diagnosis and an intervention focused on attachment is proposed, providing a constant and sensitive caregiver, emotionally involved and

garantice un cuidador constante y sensible, involucrado emocionalmente y afectivamente disponible, y a partir de esta intervención, trabajar la sintomatología comórbida. No es posible generalizar los resultados debido a las limitaciones en la revisión y el número de casos.

Palabras clave: Síndrome alcohólico fetal; Trastornos del espectro alcohólico fetal; Trastornos del vínculo; Trastorno de apego reactivo; Trastorno de relación social desinhibida.

INTRODUCCIÓN

Trastornos del espectro alcohólico fetal

El Síndrome de alcoholismo fetal (SAF) es el principal representante de los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). La exposición prenatal al alcohol es uno de los factores de riesgo más prevalentes que produce anomalías a nivel físico, somático, conductual y neurológico en la criatura, y es la principal causa de discapacidad intelectual [1]. Asimismo, hay que destacar que se trata de un factor de riesgo modificable. Los niños expuestos al alcohol en una etapa gestacional, presentan una serie de características más o menos específicas que suponen un mayor riesgo para una afectación funcional, lo que incluye alteraciones a nivel de coordinación motora, a nivel cognitivo (función ejecutiva, atención, memoria), de procesamiento emocional y de percepción social. A largo plazo, estas personas pueden presentar dificultades en el establecimiento de una autonomía e independencia adecuadas a la edad, así como déficits de conducta y dificultades en muchas áreas de desarrollo [2]. En los casos más graves, los niños expuestos al alcohol prenatalmente tienen un patrón de alteraciones en el nacimiento conocido como SAF [3]. Según la OMS, Entre las implicaciones para el niño se encuentra el retraso del crecimiento prenatal y posnatal, una

affectively available, and after this, facilitate the work of comorbid symptoms. The results cannot be generalized due to review limitations and the number of cases.

Keywords: Fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorders, attachment disorder, reactive attachment disorder, disinhibited social engagement disorder.

dismorfología de los rasgos craneales y faciales y expresiones de anomalías en el desarrollo del sistema nervioso central [4].

Si bien el SAF es la forma de TEAF más reconocida clínicamente, otras categorías diagnósticas dentro del continuo de efectos adversos debidos a la exposición al alcohol prenatal sugeridas en los Criterios Revisados del IOM [5] se están definiendo mejor. Estas incluyen síndrome de alcoholismo fetal parcial (SAFp), defectos de nacimiento relacionados con el alcohol (ARBD) y trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol (ARND) [6].

En el SAF parcial los niños deben mostrar los rasgos faciales típicos, así como anomalías en una de las otras áreas (crecimiento, estructura o función del sistema nervioso central). A los niños que se incluyen en la categoría ARBD tienen un crecimiento y desarrollo normal (excepto por la facies característica del SAF) pero también muestran anomalías estructurales específicas que están relacionadas con los efectos teratogénicos del alcohol o malformaciones importantes. Por último, la categoría ARND comprende a niños que muestran un crecimiento y un desarrollo estructural normales, pero tienen un patrón característico de comportamiento alterado o anomalías cognitivas que deben ser coherentes con la exposición prenatal al alcohol [6].

El consumo materno de alcohol durante el período gestacional, incluso a niveles bajos o moderados, se asocia con alteraciones en la descendencia también

a nivel psicopatológico. De acuerdo a una revisión sistemática realizada por Easey, Dyer, Timpson y Munafo (2019), existe una asociación positiva entre esta exposición y los efectos en la salud mental de los hijos. Debido a que cada uno de los artículos revisados utilizaron diferentes instrumentos de medida, no fue posible diferenciar entre niveles de exposición intrauterina al alcohol y la relación con cada uno de estas afectaciones. Tampoco se pudo concluir en qué momento de la gestación hay mayores riesgos en el bebé por el consumo de alcohol. Categorizaron los síntomas como ansiedad y depresión (trastornos internalizantes), trastornos de conducta y puntuación total de problemas, señalando una correlación positiva entre la exposición intrauterina al alcohol y la aparición de estos problemas durante el desarrollo [7].

Un diagnóstico temprano en aquellos individuos que han sido expuestos al alcohol es de gran importancia para ofrecer una rápida intervención y una mayor probabilidad de obtener resultados positivos [8]. Actualmente la edad promedio en la que se diagnostica este síndrome es de alrededor de 9,5 años de edad [9]. Aunque este promedio es variable, muchos pueden iniciar un tratamiento a una edad más avanzada o incluso nunca [9].

Entre personas diagnosticadas de TEAF, se ha encontrado una prevalencia significativa de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés post-traumático, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de apego reactivo, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, dificultades de aprendizaje e intelectuales [10]. El TDAH es el diagnóstico de salud mental más frecuentemente informado en niños expuestos al alcoholismo materno severo durante el embarazo, seguido de trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, trastornos de conducta y fobia específica [11-16]. La investigación sugiere que las personas expuestas al alcohol durante el desarrollo pueden exhibir cambios notables en el comportamiento social [17]. Los bebés con SAF o los bebés expuestos al alcohol durante el embarazo muestran altos niveles de irritabilidad [18], una variable del temperamento que dificulta la conformación de un apego seguro [19] y un posible

indicador de temperamento difícil posterior y problemas de comportamiento en el niño [20].

Trastornos del vínculo

Según J. Bowlby (1998), el vínculo primario o apego es el resultado de la relación que una persona genera en la relación con su cuidador primario, generalmente la madre, durante los primeros años de vida. Según sean las experiencias con los cuidadores primarios, el niño o niña desarrollará un tipo de apego. Si son positivas, las necesidades están satisfechas y los cuidadores son sensibles, coherentemente disponibles, perceptivos y empáticos para reflejar los estados internos del niño, entonces existe alta probabilidad de que desarrolle lo que se denomina apego seguro. Las condiciones básicas para el establecimiento del apego seguro implican que la relación afectiva sea a) duradera en el tiempo; b) estable y consistente en el tiempo; y c) comprender un patrón de protección/regulación del estrés. Si no se dan estas condiciones, aumenta el riesgo de desarrollar un apego inseguro [21].

La alimentación, los cuidados, el afecto y la estimulación son los estímulos más importantes para el proceso de auto-organización cerebral, que favorecerá a los niños y niñas el desarrollo de diferentes modos de procesamiento de la información, tanto de su mundo interno como las provenientes de sus entornos. La salud o no del desarrollo cerebral es el resultado de las experiencias positivas o negativas que se derivan de las relaciones interpersonales significativas, en particular con sus progenitores u otros cuidadores [22].

Hay tres tipos de apego inseguro: apego inseguro evitativo, apego inseguro ansioso-ambivalente y el apego desorganizado [23-27]. El apego inseguro no implica una patología, pero sí supone un factor de riesgo [27]. En concreto, el apego desorganizado es un factor de riesgo para la aparición de una amplia variedad de trastornos de salud mental, que se relacionan con la disociación [28], la desregulación emocional [29], el afrontamiento a situaciones estresantes [30], las capacidades de mentalización, o metacognitivas y de reflexión sobre el self [31] y el autocontrol de la agresividad [32].

Los trastornos del apego o del vínculo aparecían ya en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)[33]. Los criterios diagnósticos se han ido revisando en las siguientes ediciones. La quinta edición del Manual de diagnóstico y estadístico (DSM-5) clasifica el **trastorno de apego reactivo (TAR)** y el **trastorno de relación social desinhibida (TRSD)** dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El TAR se define como un patrón de comportamiento inhibido y retraído, señalando el distanciamiento de las figuras de cuidado. Pueden presentar episodios explosivos de irritabilidad, miedo o llanto extremo en situaciones donde aparentemente no existe una amenaza. El TRSD, por su parte, se define como una tendencia a la interacción con el entorno de manera indiscriminada, con predominio de una pseudofamiliaridad expresada en el lenguaje y en el comportamiento social. Comparte con el TAR la escasa interacción con el adulto en contextos extraños o de posible amenaza. Las alteraciones conductuales, emocionales y de interacción social que presentan ambos trastornos aparecen asociados al haberse expuesto a un patrón de cuidado caracterizado por la negligencia, carencia social o maltrato durante la primera infancia [34].

Diversas investigaciones sobre el impacto de la negligencia y los malos tratos físicos en bebés y en niños pequeños, han demostrado diferentes formas de atrofia y daño cerebral [35]. Muchos estudios relacionan estas circunstancias vitales con los trastornos del apego [25]. Cuando después del nacimiento la relación madre-bebé tiene características de un apego seguro garantizan el desarrollo sano de la mente infantil [21]. Las madres que dan a luz en circunstancias emocionalmente dolorosas y estresantes, y/o acumulan en sus historias de vida traumas complejos y acumulativos, tienen más dificultad para establecer un contacto afectuoso con sus bebés y muestran mucho menos entusiasmo en el juego con ellos. Estas madres tienen tasas más bajas de oxitocina en la sangre que no se incrementan con la presencia de los signos comunicativos de su bebé [36].

Ciertos futuros bebés sufren ya en el vientre de su madre influencias destructivas, debidas a factores

ambientales como la pobreza, el consumo de drogas o el alcohol por parte de su madre, o las agresiones resultado de la violencia conyugal. La madre seleccionará las informaciones provenientes de su bebé, debiendo enseguida interpretarlas de tal manera que active un sistema de respuestas que crearán el apego infantil [37]. Aunque la mayoría de los niños maltratados y los niños criados en instituciones tienen vínculos inseguros o desorganizados con sus padres biológicos o cuidadores institucionales, la mayoría no desarrolla trastornos del vínculo. Esto plantea la cuestión de la vulnerabilidad y los factores de perpetuación que podrían hacer que algunas personas sean más susceptibles a los efectos de la privación o, posteriormente, a dificultades sociales más persistentes [38].

El TAR y TRSD se diferencian entre ellos en el patrón conductual de interacción social que presentan los niños. Mientras que el primero se caracteriza por una inhibición conductual y un distanciamiento y evitación del contacto con los cuidadores adultos, el trastorno de relación social desinhibida se acerca a los cuidadores de una manera indiscriminada que resulta inadecuada en función del contexto social y cultural. En los trastornos del vínculo, es frecuente que la demanda de ayuda profesional la precipite la aparición de conductas externalizantes que resulten disfuncionales en su entorno, especialmente en el familiar, como son las explosiones de agresividad o irritabilidad, la tendencia oposicionista y desafiante con las figuras de cuidado o la aparición de conductas disociales. En ocasiones son conductas internalizantes como sintomatología ansioso-depresiva o la presencia de somatizaciones las que promueven al entorno la búsqueda de ayuda. Esto implica que con frecuencia se establezcan diagnósticos como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno oposicionista desafiante. Los niños y niñas diagnosticados de trastorno del vínculo pueden cumplir criterios para estos otros diagnósticos. Sin embargo, la globalidad del trastorno no puede ser explicada por éstos. Por ello, es crucial realizar una completa evaluación clínica y de las condiciones psicobiográficas del menor para poder establecer un buen diagnóstico diferencial.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer luz a la escasa información que existe en la literatura en la comorbilidad entre SAF y trastornos del vínculo. Para ello, una vez expuesta la revisión de ambos conceptos, así como de los datos de comorbilidad existentes entre ellos, se describen dos casos extraídos de la práctica clínica. Por último, hablaremos de la intervención psicoterapéutica y aspectos destacados del tratamiento con este perfil clínico.

MÉTODO

El presente trabajo muestra una breve presentación de dos casos clínicos atendidos en el hospital de día de nuestro servicio, a modo de exposición del contenido teórico debatido en este trabajo. Se hace mención también a los resultados cuantitativos de la evaluación psicométrica realizada en ambos casos. Los datos de los pacientes están lo suficientemente enmascarados para garantizar la confidencialidad.

Instrumentos

En primer lugar, se detallan los instrumentos psicológicos que se han usado para valorar los dos casos que se presentan en el artículo.

- Se administró el cuestionario heteroinformado HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) de Growers et al. (1999), en su adaptación española (Ballesteros-Urpí et al, 2018) Este instrumento informado por la familia y por los clínicos, nos reporta el estado de salud general y la funcionalidad social del menor. Consta de 15 ítems y es interesante porque valora el conocimiento que tiene el paciente y sus familiares de las dificultades del niño, así como de los recursos disponibles para ellos [39,40].
- Para adquirir información clínica y del impacto del funcionamiento diario de la sintomatología del niño en la familia, se utilizó el instrumento de evaluación *Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)*. Se desarrolló por Achenbach y Rescorla y tiene una

versión adaptada en español (Inventario del Comportamiento de niños) para padres. Es un cuestionario estructurado con 113 ítems para una población de niños y adolescentes entre los 6 y 18 años. Se utiliza para evaluar psicopatología e informar las principales dificultades afectivas y conductuales que observan los cuidadores en el niño durante los últimos seis meses. Consta de dos partes: 1) valora habilidades del niño, como deportivas, sociales y académicas y 2) consta de una lista de ítems puntuados en escala Likert, donde 0 = nunca o casi nunca, 1 = a veces cierto, 2 = cierto muy a menudo. Estos 113 ítems están agrupados en ocho factores: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas, y conducta agresiva. También, se agrupan en 3 dimensiones superiores: escala interiorizada, escala exteriorizada y total. La escala aporta información para un diagnóstico DSM (Problemas afectivos, problemas de ansiedad, Problemas somáticos, Problemas de Déficit de atención/hiperactividad, Problemas de oposicionismo desafiante, y Problema de conducta) [41].

- El nivel cognitivo de ambos casos se estimó a partir del WISC V (Wechsler Intelligence Scale for Children, quinta edición). Es una prueba clínica que evalúa la inteligencia del niño entre los 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. Se aplica para el diagnóstico de altas capacidades, de discapacidad intelectual leve o moderada, para trastornos de aprendizaje y alteraciones en la atención. Cuenta con 15 subpruebas, organizadas en tres niveles distintos de interpretación: el CI total, los índices primarios (comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y finalmente los índices secundarios (razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, no verbal, capacidad general

y competencia cognitiva). Estas subpruebas son específicamente: semejanzas, vocabulario, cubos, información, comprensión, puzzles visuales, matrices, balanzas, aritmética, dígitos, span de dibujos, letras y números, claves, búsqueda de símbolos y cancelación. Para nuestro propósito, fueron de especial interés la puntuación en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento por ser índices sumamente relacionados con la capacidad atencional [42].

- La Torre de Londres (TOL) es una tarea de planificación y resolución de problemas que para ser resuelta de manera eficaz implica la puesta en marcha de procesos como organización de la tarea, iniciar el plan y sostenerlo en la memoria durante su realización, inhibir posibles distractores y cambiar de estrategia de modo flexible en aquellos casos que sea necesario [43].
- Por último, para tener una mayor comprensión del funcionamiento de las capacidades atencionales de los menores, se utilizó el CPT-II (Conners Continuous Performance Test- II). Esta prueba (Conners et al., 2000), computarizada, valora diferentes funciones ejecutivas que influyen en los aprendizajes. Aporta una imagen del funcionamiento de la atención selectiva, la atención sostenida o estado de alerta continuo y la impulsividad. Todas ellas son capacidades mermadas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad [44].

Caso 1: Ana.

Ana es derivada al hospital de día infantil a la edad de 8 años y 7 meses. Nació en Rumanía en condiciones de alto riesgo de exclusión social. Su madre biológica provenía de una familia desestructurada con una historia personal de maltrato grave durante su infancia. La gestación fue fruto de su trabajo ejerciendo la prostitución. Al parecer, inicialmente no quería seguir adelante con el embarazo, pero

finalmente continuó sin recibir seguimiento médico alguno. Tenía un consumo enólico prolongado y de otras sustancias mantenido durante el período gestacional, con nula conciencia del riesgo de estas conductas para el neurodesarrollo del feto. Probable retraso en el crecimiento intrauterino; confirmado en el extrauterino. Parto prematuro, sin asistencia médica. Bajo peso al nacer. Nulo seguimiento médico durante primeros años del desarrollo.

En la historia perinatal de Ana destacan aspectos de privación relacional temprana. La madre biológica informa de sentimientos de rechazo al contacto con su hija en los días posteriores al parto. A los 6 meses, su madre la deja a cargo de un familiar con deterioro cognitivo que también cuidaba al hermano de Ana, 12 años mayor que ella; la madre retoma el trabajo sexual, y conviven hasta los 3 años. Se desconocen específicamente las condiciones de Ana durante estos primeros años de vida, pero dado el deterioro de quien fue su cuidadora se esperaban condiciones desprovistas de cuidados básicos y posibles situaciones de abandono extremo. La madre fue presionada para viajar a España por una red de trata de mujeres, y reclamó posteriormente que su hija fuera con ella. Llegó a España con casi 4 años, pero no convivía con su madre sino con una mujer que trabajaba para la misma red. Solo le permitieron verla unos minutos esporádicamente (semanal/quincenal). Se produce entonces una sospecha de la madre de posibles malos tratos y abusos sexuales durante este tiempo y acude a denunciar a las fuerzas de orden público. Madre e hija son trasladadas a una casa de acogida.

En este momento madre e hija llevaban más de un mes sin verse. Desde entonces percibe en su hija signos de alarma como comportamiento altamente sexualizado, autolesiones frecuentes a través de mordiscos, golpes y tricotilomanía. Estos comportamientos se acentúan ante el establecimiento de normas y límites por parte del entorno y ante estados frecuentes de frustración. En el centro se detectan serias dificultades de la madre para ejercer una relación bien-tratante con su hija. Posteriormente es necesario que abandone el recurso por no adaptarse a los aspectos normativos requeridos, al mantener consumo activo de alcohol y otras sustancias. La

madre se plantea el retorno a la prostitución y renuncia temporalmente a la guarda y custodia de su hija produciéndose una situación de desamparo.

Cuando Ana tenía 5 años y 10 meses de edad, se produce el inicio del acogimiento en la familia de acogida actual, formada por un matrimonio y dos hijas 10 y 13 años mayor que ella. Observan desde el inicio gran inquietud motora, retraso del crecimiento, desarrollo del lenguaje retrasado y notables déficits en habilidades cognitivas de función ejecutiva. Vinculación inapropiada desde el inicio, conducta muy desorganizada con episodios repetidos de agresiones y agitación conductual. Las visitas con la madre biológica se producían en un punto de encuentro, pero fueron retiradas temporalmente por la exacerbación de la clínica conductual los días anteriores y posteriores a dichas visitas.

Cuando Ana comienza a ser atendida en el servicio de Hospital de día infantil, se muestra inicialmente muy inquieta. Destaca la ambivalencia en la relación con los profesionales. En ocasiones despliega conductas regresivas escondiéndose y evitando el contacto visual, acercándose a la madre. Progresivamente mejora levemente el contacto. En cuanto al aspecto, presenta una dismorfología facial que sugiere una posible condición médica congénita. Se intuyen desde el inicio dificultades generalizadas a nivel cognitivo, que posteriormente fueron confirmadas psicométricamente, a través de pruebas psicométricas estandarizadas adaptadas a la edad y lenguaje de la paciente. Presentaba enuresis diurna primaria. Se había descartado origen orgánico.

Conductas auto y heteroagresivas ante los límites externos y ante sentimientos de frustración. Escasa tolerancia a la frustración, elevada impulsividad y déficits primarios en habilidades de autocontrol conductual y de regulación emocional.

Impresionaba de un estilo de apego desorganizado, de tipo indiscriminado, que probablemente esté en relación con su historia de traumas tempranos (trauma relacional temprano con figura materna, negligencia y desprotección, posibles abusos físicos y sexuales y proceso migratorio de menor no acompañado).

Interferencia franca en el funcionamiento general, especialmente en la estabilidad familiar, con fantasía de claudicación por parte de familia nuclear,

a excepción de la figura materna, desbordada y abnegada al cuidado de Ana.

El informe de resultados de neuropsicología concluía que la capacidad intelectual se ubica en la zona baja-límite de la normalidad (CI total= 72), con un perfil discrepante obteniendo puntuaciones inferiores en tarea de memoria de trabajo. Destacan la impulsividad y problemas atencionales.

Se establece entonces un programa de tratamiento psicoterapéutico en régimen de hospital de día, con una orientación diagnóstica de: TDAH tipo combinado; TEAF y trastorno del vínculo, tipo TRSD.

En la [tabla 1](#) se presenta un resumen del plan terapéutico individualizado establecido en el hospital de día para el caso de Ana.

Caso 2: Juan

Juan acude al servicio de Salud Mental Infantil y Juvenil a los 11 años de edad, tras reacción agresiva contra la figura materna y constantes amenazas heteroagresivas. Es originario de Rusia y fruto de un cuarto embarazo no controlado. Se retiró la custodia a los padres biológicos a los 9 meses de nacer, tras descubrir enfermedades médicas y negligencia parental, viviendo en un recurso institucional tipo “casa cuna” hasta los 2 años y medio de edad, edad a la que Juan es adoptado.

No se conocen antecedentes familiares médicos ni psiquiátricos, tampoco hay mayor información de la historia perinatal. Sin embargo, hubo un posible consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo. Como antecedentes médicos de Juan, se conoce que tuvo una hernia diafragmática también una comunicación interauricular con cianosis, intervenida en Rusia al año de edad. Además, parasitosis intestinal al momento de la adopción y estrabismo corregido. Respecto a los hitos del desarrollo, no se conocen detalles antes de su adopción. Se conoce sobre el lenguaje que adquirió el catalán y el castellano sin dificultad y controló esfínteres a los 2 años.

Tabla 1. Plan terapéutico Caso 1

Encuadre terapéutico	Objetivo/Intervenciones terapéuticas
Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica individual - Entrevista clínica familiar - Observación clínica de relación niña-padres. - Evaluación psicométrica: <p>ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS 5a edición, (WISC-V): Puntuaciones compuestas (media 100, d.t. 15), intervalo confianza al 95%: Comprensión verbal: 76. Visoespacial: -. Razonamiento fluido: 79. Memoria de trabajo: -. Velocidad de proceso: -. Índice General Cognitivo: 72 (67-80). Puntuaciones escalares en los subtests (media 10, d.t. 3): Semejanzas: 6. Vocabulario: 5. Cubos: 4. Puzzles visuales: -. Matrices: 6. Balanzas: 7. Dígitos total: 3. Span de dibujos: -. Claves: 7. Búsqueda de símbolos: -.</p> <p>CONNER'S CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-III (puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 69. Comisiones: 50. Tiempo reacción (TR): 59. Consistencia de los TR: 66. Variabilidad: 66. Detectabilidad d': 56. Estilo respuesta Beta: 57. Perseveraciones: 54. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 47. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 40. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 70. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 66. Índice de confianza perfil clínico: 80 %.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 96. Problemas resueltos: 82. Transgresión de reglas: 72. Penalización por tiempo: 110. Tiempo de inicio: 90. Tiempo de ejecución: 98. Tiempo de resolución: 102.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 36 ; 1. Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=3; 2. Atención y concentración, hiperactividad=4; 3. Autolesiones no accidentales=2; 4. Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5. Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6. Enfermedad física o problemas de discapacidad= 1; 7. Alucinaciones y delirios=1; 8. Síntomas somáticos no orgánicos=3; 9. Síntomas emocionales y relacionados=4; 10. Relaciones entre iguales= 3; 11. Cuidado personal y autonomía=4; 12. Vida familiar y relaciones=4; 13. Absentismo escolar= 3.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 76; INTERNALIZING PROBLEMS=72; EXTERNALIZING PROBLEMS =75; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn /Depressed= 93; Somatic complaints= 56; Social Problems=87; Thought problems=64; Attention problems=77; Rule-breaking behavior=75; Aggressive behavior=75.</p>
Psicoterapia individual	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de clima de seguridad en el espacio terapéutico a través de la terapia de juego, técnicas gráficas proyectivas, etc. manteniendo actitud cálida y afectuosa. - Técnicas operantes para el manejo de las conductas disruptivas. - Entrenamiento en relajación (técnica de la tortuga) - Entrenamiento en habilidades sociales (EHS), con especial atención a contacto físico con el entorno. - Estimulación cognitiva a través de herramientas lúdicas de procesamiento ejecutivo (cartas memory, ...)
Intervenciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de alianza terapéutica con los padres adoptivos de la paciente. - Psicoeducación en técnicas de modificación de conducta. - Psicoeducación desde el modelo vincular. - Ofrecer acompañamiento y apoyo terapéutico fomentando rol de tutores de resiliencia. - Trabajo terapéutico diada madre-hija, basados en la <i>Child-parent psychotherapy</i>.
Trabajo con la red	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con equipos de protección de la infancia, profesionales encargados del punto de encuentro con la madre biológica, así como escuela, equipo psicopedagógico y todos los servicios implicados en el caso, fomentando una mirada común comprensiva de la expresión del malestar de la paciente a través de las alteraciones de conducta

El desarrollo psicomotor estuvo dentro de los parámetros normales. Lo describen como un niño activo, muy movido desde pequeño. Cuando llega a su familia adoptiva, la deambulación ya estaba adquirida. Presentaba temblores desde la casa cuna, influyendo en la actualidad en la dificultad en la grafía. Hábitos de alimentación normales, salvo alguna selectividad alimentaria.

A los 2 años y medio, en guardería observan rasgos de hiperactividad, por lo que sugieren valoración. Se valora en el centro de atención temprana y establecen orientación de “inmadurez emocional y trastorno del vínculo”. Cuando Juan tenía 5 años, es diagnosticado de TDAH. De los 6 a los 8 años realiza seguimiento psicológico acudiendo también los padres a terapia grupal en forma de talleres psicoeducativos. En este mismo año, se diagnostica también un TEAF, por lo que se inician estudios en una unidad hospitalaria específica. A nivel escolar presenta mal rendimiento académico y dificultad en la relación con los iguales.

Juan y su familia acuden a visita por una reacción agresiva ante una discusión con la madre, amenazándola con golpearla. En las primeras exploraciones, el estado de conciencia del paciente está conservado. Es colaborador, se muestra sintónico y contacto visual adecuado. Sin embargo, las dificultades que ocasionalmente planteaba para la comprensión del lenguaje sugerían dificultades en el plano cognitivo, que posteriormente se confirmaron psicométricamente. El discurso es espontáneo, fluido y coherente. Se encuentra que tiene dificultades en hábitos de autonomía como lavarse los dientes y bañarse, por lo que debe ser supervisado continuamente. Los padres refieren que duerme mal por miedos: a la oscuridad, a estar solo, a monstruos e insectos. Describen hipersensibilidad a olores y ruidos. Los rasgos faciales de Juan coincidían con los descritos en la literatura sobre el SAF.

Respecto al área afectiva y relacional, los padres comentan que ha habido un empeoramiento anímico, mayor irritabilidad y conductas agresivas, inclusive hurtos en domicilio y provocación de pequeños fuegos. Se destacan conflictos frecuentes con iguales y dificultades para la contención conductual. Se resalta un patrón relacional caracterizado por un exceso en la demanda física y tendencia a ocasionar

rechazo en el entorno. Evidencia un alto malestar ante situaciones que implican abandono o rechazo y se muestra desafiante, e incluso agresivo en situaciones que lo frustran. Los padres describen conductas “inapropiadas” para ser aceptado por otros. No tolera estar solo en casa. Juan muestra una relación con su madre basada en la persecución, la provocación, comprobar su presencia y disponibilidad inmediata.

Juan vive con sus padres adoptivos y una hermana 13 años mayor que él, que es hija biológica de sus padres adoptivos. Los padres describen que en los primeros meses no reaccionaba con llanto, no era un niño que buscara afecto y lo notaban hiporeactivo. Eventualmente esta manera de relacionarse con otros cambia y demanda atención. En la familia, especialmente la madre, en principio se muestra aprehensiva y “sobreprotectora”, sintiendo la necesidad de tenerlo en sus brazos constantemente. Cuando empiezan a surgir conflictos en el ámbito familiar respecto a la conducta de Juan, la madre cuestiona partes del proceso de adopción. En el momento en que inicia el tratamiento psicológico en nuestro servicio presentan escasos recursos subjetivados para la contención conductual y afectiva del menor, dificultad en valorar las actitudes positivas del niño y sobrevaloración de aquellas negativas (hipercriticismo y culpabilización), y ambivalencia afectiva respecto a la claudicación en los roles parentales. Los padres mantienen al inicio una teoría implícita bio-médica de las alteraciones conductuales de su hijo, relacionándolas con el SAF.

Los resultados de la evaluación neuropsicológica concluyeron que el nivel intelectual general se sitúa en el límite entre la zona inferior y la zona baja de la normalidad (CI total: 74). Respecto al resto de funciones evaluadas únicamente se detectan dificultades (más allá de lo que sería explicable por su capacidad cognitiva) en las funciones ejecutivas.

En la [tabla 2](#) pueden apreciarse los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas estandarizadas diseñadas para evaluar tales funciones.

Se estableció un programa de tratamiento psicoterapéutico en régimen de hospital de día intensivo, con una orientación diagnóstica de: SAF, TDAH y Trastorno de Vínculo, TAR.

Tabla 2. Plan terapéutico Caso 2

Encuadre terapéutico	Objetivo/Intervenciones terapéuticas
Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista clínica individual - Entrevista clínica familiar - Observación clínica de relación niño-padres. - Evaluación psicométrica: <p>ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS 5a edición, (WISC-V): Puntuaciones compuestas (media 100, d.t. 15): Comprensión verbal: 78. Razonamiento fluido: 82. Memoria de trabajo: 85. Cociente intelectual total: 74, intervalo confianza al 90%: 70-81.</p> <p>Puntuaciones escalares en los subtests (media 10, d.t. 3): Semejanzas: 6. Vocabulario: 6. Cubos: 8. Matrices: 7. Balanzas: 7. Dígitos total: 5. Span de dibujos: 10. Claves: 5.</p> <p>CONNERS CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-II: (Puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45. Comisiones: 49. Tiempo reacción (TR): 51. Consistencia de los TR: 40. Variabilidad: 42. Detectabilidad d?: 50. Estilo respuesta Beta: 44. Perseveraciones: 44. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 42. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 41. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 39. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 36. Índice de confianza perfil clínico: 32%.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 102. Problemas resueltos: 77. Transgresión de reglas: 80. Penalización por tiempo: 110. Tiempo de inicio: 92. Tiempo de ejecución: 102. Tiempo de resolución: 112.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 34 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=3; 2.Atención y concentración, hiperactividad=4; 3.Autolesiones no accidentales=1; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=4; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 0; 7.Alucinaciones y delirios=1; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=2; 9.Síntomas emocionales y relacionados=4; 10.Relaciones entre iguales= 4; 11.Cuidado personal y autonomía=4; 12.Vida familiar y relaciones=4; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 76; INTERNALIZING PROBLEMS=72; EXTERNALIZING PROBLEMS =75; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn /Depressed= 93; Somatic complaints= 56; Social Problems=87; Thought problems=64; Attention problems=77; Rule-breaking behavior=75; Aggressive behavior=75.</p>
Psicoterapia individual	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de clima de seguridad en el espacio terapéutico a través de la terapia de juego, técnicas gráficas proyectivas, etc. manteniendo actitud cálida y afectuosa. - Técnicas operantes para el manejo de las conductas disruptivas. - Entrenamiento en relajación (entrenamiento autógeno, relajación muscular progresiva, técnica del árbol). - Entrenamiento en habilidades sociales (EHS), - Estimulación cognitiva a través de herramientas lúdicas de procesamiento ejecutivo (cartas memory, ...)
Intervenciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de alianza terapéutica con los padres adoptivos de la paciente. - Psicoeducación en técnicas de modificación de conducta. - Psicoeducación desde modelo vincular. - Terapia multifamiliar para niños y niñas con trastorno del vínculo, y sus cuidadores principales. Trabajo sobre relación vincular madre-hijo (12 sesiones). - Ofrecer acompañamiento y apoyo terapéutico fomentando rol de tutores de resiliencia.
Trabajo con la red	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con equipos de protección de la infancia, así como escuela, equipo psicopedagógico y todos los servicios implicados en el caso, fomentando una mirada común comprensiva de la expresión del malestar menor a través de las conductas de extrema inhibición así como las explosiones conductuales.

46 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN TRASTORNOS DEL VÍNCULO DE NIÑOS CON SAF.

En este apartado pretendemos exponer algunos aspectos relevantes a tener en cuenta en el abordaje psicoterapéutico de pacientes diagnosticados de un trastorno del vínculo y SAF asociado. Trataremos de incorporar algunas viñetas clínicas respecto a los casos expuestos para facilitar su comprensión.

La intervención más importante para los niños diagnosticados con un trastorno del vínculo (TAR o TRSD) es garantizar un cuidador constante y sensible que esté involucrado emocionalmente en el niño y afectivamente disponible [45]. El terapeuta debe suponer una experiencia emocional correctora para el menor. El proceso terapéutico debe partir desde un modelo de buenos tratos [25,26], siendo estos buenos tratos una auténtica herramienta reparadora que, gracias a la plasticidad cerebral, fomentan una capacidad de auto-organización cerebral y pueden paliar el impacto de los traumas relacionales tempranos. Es necesario fomentar experiencias emocionalmente correctoras para favorecer aspectos de resiliencia en el niño y en su familia. La resiliencia puede definirse como la capacidad de la persona y de las familias para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecidas pese a las circunstancias desfavorables [46]. Esto es gracias al valor terapéutico de la afectividad y la solidaridad social [47].

Los niños con TAR no tienen un apego seguro con sus cuidadores adultos y aunque algunos niños con TRSD pueden presentar estilos de apego saludables en los centros de menores o en sus hogares con padres adoptivos, muchos no tienen un verdadero apego seguro, sino apegos inseguros.

A la llegada a nuestro hospital de día, Ana se mostraba complaciente y una actitud seductora con los profesionales. Sin embargo, a medida que pasaban las semanas, cualquier intento de recordar una norma a Ana por parte de algún profesional, desataba conductas opositoras y desafiantes. En ocasiones, llegó a hacer intentos de agredir a algún profesional.

Los niños con historia de adversidades o abandono, pueden presentar un mayor repertorio

de conductas disruptivas. Esto puede producir dificultades en el manejo del niño por parte de sus padres. Los profesionales de la salud mental deben evaluar el nuevo contexto del menor y valorar si es seguro para que no quepa la posibilidad de una re-traumatización.

Juan puntualmente explotaba con los compañeros del colegio, agrediendo. En el hospital de día se reproducían situaciones similares. En una ocasión, durante un grupo de habilidades sociales con otros pacientes agredió físicamente a otro chico sin desencadenante aparente. Uno de los terapeutas conductores del grupo decidió apartar a Juan y hablar con él y tratar de calmarlo. Del discurso de Juan emergía un sentimiento de exclusión cuando el terapeuta se dirigía a otro niño. “Cuando se ríe de esa manera le dedicáis toda la atención a él y es como si yo desapareciera”

Dentro de la seguridad como familia, es importante valorar la estabilidad familiar y la salud mental de los progenitores, así como posibles conductas de violencia que se den en el contexto familiar. Si en algún momento tenemos la sospecha de que el menor está recibiendo malos tratos, es importante notificarlo con la mayor brevedad posible para que no haya más experiencias traumáticas en la vida del menor [45].

Ana, a través del dibujo, pudo expresar la carencia afectiva que sentía de no ver a su madre biológica. Ana mantenía desde siempre un rol de cuidadora con ella, al haber observado su fragilidad constantemente. Mediante técnicas de juego, a través del uso de muñecos, el terapeuta pudo hacerle entender que los hijos no tienen que cuidar de sus madres.

A nivel psicoterapéutico siempre se recomienda utilizar una terapia centrada en el vínculo. Es imprescindible trabajar el estilo parental positivo que incluya el establecimiento de límites claros y psicoeducación de técnicas de modificación de conducta [45]. Se desaconsejan terapias que utilicen la coerción física, el reprocesamiento del trauma o promuevan una regresión. Estas terapias no tienen evidencia científica y se han asociado a mayor conducta autolítica y tanática [48].

La madre de Ana acudió un día a la visita programada con el terapeuta de Ana completamente

devastada. El día anterior su hija había tratado de agredirla de una forma más violenta de lo que sucedía hasta entonces. La madre expresó su incapacidad para contener estas conductas en Ana. Decía “entiendo que es una expresión de su dolor y no quiero pararla por si la frustró aún más”. El terapeuta reforzó los métodos de modificación de conducta a la madre de Ana recordándole la necesidad de controlar conductas disruptivas, sin necesidad de desplegar emociones que rechacen a la niña, pero sí a la conducta agresiva.

No nos podemos olvidar de la sintomatología comórbida. Queremos hacer especial énfasis en la intervención del SAF. La literatura nos indica que debemos plantear un abordaje multidisciplinar y habitualmente debe ser un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico). Cabe mencionar la importancia de intervenir de acuerdo a la edad del niño y las capacidades que se han evaluado previamente con instrumentos y escalas neuropsicológicas. Es habitual que el SAF vaya unido a un trastorno del aprendizaje, en este caso es recomendable trabajar sobre las funciones ejecutivas y las habilidades de lecto-escritura. Respecto a la intervención psicoterapéutica, los estudios han evidenciado mayor eficacia en aquellos centrados en el comportamiento y en las habilidades sociales [49]. A este respecto, a continuación en la [tabla 3](#), adjuntamos datos de los resultados psicométricos post-intervención de ambos casos presentados. Como puede apreciarse, la mejora es sustancial en relación a los síntomas internalizantes y externalizantes evaluados por la escala CBCL de Achenbach y en función ejecutiva y atencional (evaluados con Torre de Londres y CPT-II respectivamente). La mejora global se hace presente en las puntuaciones en la escala HONOSCA que valora el funcionamiento global.

Este mismo abordaje sería necesario si nos encontráramos con un trastorno del vínculo y otras comorbilidades. Hay que tratar a nivel psicoterapéutico la sintomatología oposicionista, agresiva u otras conductas desadaptativas que presente el menor. El tratamiento de elección en estos casos sería un programa multisistémico. Éstos incluyen asesoramiento familiar, intervención sistémica con la familia, trabajar las relaciones con los iguales, promover actividades de tiempo libre y

mejorar la competencia escolar. También incluyen contacto diario con las familias para ir monitorizando el progreso [50].

El terapeuta trabajará a través del cuidador para mejorar el manejo conductual del menor. Igualmente importante resulta abordar los problemas asociados en el cuidador, ya que los propios sentimientos de ansiedad, frustración o enojo suponen un obstáculo para conectar emocionalmente con el niño. No es inusual que un cuidador se sienta desconectado del niño y que sienta ira o frustración [45]. La disciplina puede tornarse dura y autoritaria, lo que interfiere aún más con las conductas de apego. El terapeuta ayudará al cuidador a la gestión de estos sentimientos y facilitará su constante disponibilidad emocional para el niño. Uno de los objetivos a trabajar con la familia es situar a los padres en la comprensión empática del hijo, que ha sufrido experiencias de abandono, proporcionando seguridad, firmeza, paciencia y constancia. Con frecuencia es necesario de-codificar la conducta disruptiva del hijo como una expresión de un malestar emocional ulterior.

En una sesión de grupo multifamiliar “Vincúlate” cuyo objetivo principal era el ofrecer un espacio seguro de reparación vincular entre los hijos e hijas y sus padres, la madre de Juan inició un discurso basado en el criticismo de las conductas disruptivas de su hijo y de cómo éstas le afectaban anímicamente a ella y al resto de miembros de su familia. El terapeuta pidió a todo el grupo (padres, madres y pacientes) que hicieran un dibujo con lo que sentían al oír el discurso de la madre de Juan. Al finalizar la tarea, Juan compartió con el resto del grupo su dibujo. Había dibujado un león y, a lo lejos, un cachorro de león aullando. Según decía “está gritando esperando a que algún león o leona lo oiga y acuda a protegerle, porque tiene miedo”. Este trabajo permitió trabajar con la madre de Juan, y con el resto de progenitores presentes, la “traducción” de algunos comportamientos disruptivos en sus hijos, que son expresión de una desorganización en sus modelos internos de relación por no haber generado un vínculo primario seguro.

Tabla 3. Resultados psicométricos post-intervención

Caso Ana	Caso Juan
<p>CONNER'S CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-II (puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45,7. Comisiones: 66,55. Tiempo reacción (TR): 52,10. Consistencia de los TR: 44,34. Variabilidad: 42,75. Detectabilidad d': 66,75. Estilo respuesta Beta: 45,56. Perseveraciones: 48,93. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 41,69. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 56,64. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 53,35. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 50,69.</p> <p>Índice de confianza perfil no clínico % 75,69.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 94. Problemas resueltos: 70. Transgresión de reglas: 65. Penalización por tiempo: 106. Tiempo de inicio: 90. Tiempo de ejecución: 90. Tiempo de resolución: 97.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 23 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=2; 2.Atención y concentración, hiperactividad=2; 3.Autolesiones no accidentales=0; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 1; 7.Alucinaciones y delirios=0; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=2; 9.Síntomas emocionales y relacionados=2; 10.Relaciones entre iguales= 2; 11.Cuidado personal y autonomía=4; 12.Vida familiar y relaciones=2; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 59; INTERNALIZING PROBLEMS=56; EXTERNALIZING PROBLEMS =59; Anxious/Depressed= 60; Withdrawn / Depressed= 54; Somatic complaints= 52; Social Problems=57; Thought problems=56; Attention problems=57; Rule-breaking behavior=56; Aggressive behavior=61.</p>	<p>CONNERS CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-III: (Puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45. Comisiones: 49. Tiempo reacción (TR): 51. Consistencia de los TR: 40. Variabilidad: 42. Detectabilidad d?: 50. Estilo respuesta Beta: 44. Perseveraciones: 44. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 42. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 41. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 39. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 36. Índice de confianza perfil clínico: 32%.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 96. Problemas resueltos: 100. Transgresión de reglas: 104. Penalización por tiempo: 106</p> <p>Tiempo de inicio: 96. Tiempo de ejecución: 94. Tiempo de resolución: 96.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 24 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=2; 2.Atención y concentración, hiperactividad=2; 3.Autolesiones no accidentales=1; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 0; 7.Alucinaciones y delirios=1; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=1; 9.Síntomas emocionales y relacionados=2; 10.Relaciones entre iguales= 3; 11.Cuidado personal y autonomía=2; 12.Vida familiar y relaciones=3; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 65; INTERNALIZING PROBLEMS=65; EXTERNALIZING PROBLEMS =54; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn / Depressed= 60; Somatic complaints= 73; Social Problems=60; Thought problems=66; Attention problems=69; Rule-breaking behavior=57; Aggressive behavior=52.</p>

La terapia diádica interactiva niño-cuidador principal se utiliza a menudo para tratar los síntomas de TAR [45]. Existen dos terapias con suficiente evidencia empírica a partir de ensayos clínicos aleatorizados. Estas son:

- Child-parent psychotherapy [51]: se basa principalmente en establecer experiencias emocionales entre ambos miembros de la diada. El terapeuta ayuda al cuidador a apreciar la experiencia emocional del niño y la conexión que esto tiene con su propia experiencia emocional.

- Attachment and Biobehavioral Catch Up.[52]: utiliza vídeos grabados de la interacción niño-cuidador para poder moldear la respuesta del cuidador ante el niño.

Ambas buscan reforzar las fortalezas en la interacción, para dar seguridad al cuidador y así poder trabajar posteriormente momentos de frustración.

La intervención farmacológica ocasionalmente es necesaria para tratar sintomatología comórbida al trastorno del vínculo, a saber, TDAH, ansiedad, trastornos del estado de ánimo siempre que éstos estén interfiriendo en la vida diaria del menor. No

está descrita la evidencia de psicofármacos para tratar los síntomas centrales de un trastorno del vínculo. Las guías clínicas nos piden ser cautos con una aproximación farmacológica en este tipo de trastornos, especialmente en preescolares [53].

En una revisión de Zeanah y cols. (2015) concluyen que los niños con TAR parecen responder a un mejor cuidado a partir de la adopción y que mejorarían los signos del trastorno del apego. Sin embargo, solo algunos con TRSD se benefician, lo que podría reflejar diferencias individuales en la capacidad de respuesta al cuidado. No existe literatura que indique en que grado la mejoría de la atención hacia el menor y la reducción de síntomas en éstos, reduce los problemas sociales y emocionales posteriores[38]. Por último, queremos señalar la necesidad de ampliar el conocimiento de intervenciones terapéuticas tanto para niños diagnosticados con TAR, como especialmente los diagnosticados con TRSD.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo hemos tratado de resumir aspectos básicos en relación a los trastornos del vínculo en niños y niñas diagnosticados de TEAF, apoyándonos en la literatura existente, así como en la presentación de dos casos clínicos. Señalamos como principales limitaciones del presente estudio, la metodología ya que la bibliografía no ha sido revisada de manera sistemática. Los casos presentados únicamente se han recogido a modo de ejemplo, sin trabajarlos a partir de una metodología cualitativa que hubiese podido aportar un nivel de conocimiento mayor. También hay que resaltar la escasa literatura encontrada que aborde el trastorno del vínculo y el TEAF en conjunto, como diagnóstico y a partir de una intervención holística. En futuras líneas de investigación sería interesante observar la comorbilidad real de ambos trastornos en una muestra elevada de pacientes atendidos en los servicios de salud, así como la validación de protocolos de actuación sobre la intervención psiquiátrica y psicoterapéutica global en estos casos.

Cuando un cerebro está dañado por una experiencia de malos tratos, como es el caso de la exposición intrauterina a cantidades elevadas de

alcohol, el desarrollo del niño o niña presentará anomalías funcionales que impedirán una proliferación neuronal sana que permita lograr un desarrollo sano. Los TEAF, como el SAF, son una de las causas más prevalentes de discapacidad intelectual en Occidente, afectando la funcionalidad de la persona a largo plazo. Implica alteraciones motoras, cognitivas y conductuales, muchas veces asociadas a otros trastornos comórbidos. Se ha descrito que la exposición al alcohol prenatal en cualquier grado se relaciona con una mayor psicopatología en el niño, afectando a variables del temperamento como una mayor irritabilidad que dificulta la creación de un vínculo seguro y posibilita el desarrollo de problemas de comportamiento en el niño. Todos estos factores, unidos a un patrón de cuidado negligente o carente durante la primera infancia, acaban generando una elevada vulnerabilidad para la aparición de un trastorno del vínculo en la criatura. Es importante señalar que las conductas de cuidado y protección se ponen en marcha antes del nacimiento. El consumo abusivo de alcohol durante el período gestacional puede considerarse, por tanto, como una conducta de negligencia o mal-tratante para el futuro bebé. Una ecología uterina debe estar protegida del consumo de alcohol, medicamentos, drogas y de otros estresores.

Es habitual que la demanda a salud mental de los menores con TEAF y/o Trastorno del vínculo llegue a consulta por la conducta externalizante, en forma de alteraciones de conducta como impulsividad, conductas oposicionistas, negativistas y desafiantes. Hay que tener presente que lo que comparten todos los trastornos del vínculo son las dificultades por establecer lazos relacionales sanos con los demás y las alteraciones de conducta pueden ser una expresión de dichas dificultades. Aunque no nos podemos olvidar de las comorbilidades, la principal intervención psicológica se basa en crear experiencias emocionales positivas entre el niño y sus cuidadores primarios. Asimismo, el terapeuta puede ser otra oportunidad para el establecimiento de un vínculo seguro. A partir de los casos presentados hemos querido plasmar la interrelación que hay entre los diferentes diagnósticos comórbidos que nos lleva a hacer una terapia psicológica holística. Siguiendo la literatura, en muchos casos al mejorar el trastorno

50

del vínculo, a través de experiencias emocionales correctoras, acaba mejorando la sintomatología conductual e internalizante. Por eso proponemos la importancia de una intervención centrada en el vínculo y a partir de ésta, trabajar la sintomatología comórbida. Asimismo, es necesario mantener el seguimiento médico requerido para paliar las dificultades orgánicas que se relacionen con la exposición intrauterina al alcohol.

En definitiva, uno de los ingredientes principales de los procesos terapéuticos en el abordaje de los trastornos del vínculo es ofrecer un ambiente relacional caracterizado por el afecto, el respeto incondicional y los buenos tratos [23,24].

FINANCIACIÓN/CONFLICTO DE INTERESES

Ayudas o fuentes de financiación total o parcial:
inexistentes

Conflictos de interés: *inexistentes*

REFERENCIAS

1. Bakoyiannis I, Gkioka E, Pergialiotis V, Mastroleon I, Prodromidou A, Vlachos G D & Perrea D. Fetal alcohol spectrum disorders and cognitive functions of young children. *Reviews in the Neurosciences*. 2014;25(5):631-39. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2014-0029>
2. Dörrie N, Föcker M, Freunscht I, & Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2014;23(10):863-75. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0571-6>
3. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth AP. Pattern of Malformation in Offspring of Chronic Alcoholic Mothers. *Lancet*. 1973;1:1267-71. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(73\)91291-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(73)91291-9)
4. OMS, CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
5. Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, Buckley DG, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. *Pediatrics*. 2005;115:39–47. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0259>
6. Manning MA, & Hoyme HE. Fetal alcohol spectrum disorders: a practical clinical approach to diagnosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(2):230-38. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.016>
7. Easey KE, Dyer ML, Timpson NJ, & Munafò MR. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2019;197:344-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007>
8. Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, et al. Risk factors for adverse life outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2004;25:228–38. <https://doi.org/10.1097/00004703-200408000-00002>
9. Olson HC, Jirikowic T, Kartin D, Astley S. Responding to the challenge of early intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Infants and Young Children*. 2007;20:172–89. <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000264484.73688.4a>
10. Weyrauch Deland BA, Schwartz Megan BS, Hart Brandon BS, Klug Marilyn G. PhD, Burd L. PhD. Comorbid Mental Disorders in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2017;38(4):283-91. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000440>
11. Fryer SL, McGee CL, Matt GE, Riley EP, Mattson SN. Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*. 2007;119:e733–41. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1606>
12. Lees B, Mewton L, Jacobus J, Valadez EA, Stapinski LA, Teesson M. & Squeglia LM. Association of prenatal alcohol exposure with psychological, behavioral, and neurodevelopmental outcomes in children from the Adolescent Brain Cognitive Development

- Study. *American Journal of Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010086>
13. O'Connor MJ, Shah B, Whaley S, Cronin P, Gunderson B, Graham J. Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28:743–54. <https://doi.org/10.1081/ADA-120015880>
 14. Astley SJ. Profile of the first 1,400 patients receiving diagnostic evaluations for fetal alcohol spectrum disorder at the Washington State Fetal Alcohol Syndrome Diagnostic & Prevention Network. *Can J Clin Pharmacol*. 2010;17:e132–64.
 15. Bell SH, Stade B, Reynolds JN, et al. The remarkably high prevalence of epilepsy and seizure history in fetal alcohol spectrum disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34:1084–9. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01184.x>
 16. O'Connor MJ, Sigman M, Kasari C. Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Dev Psychopathol*. 1992;4:243–56. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000122>
 17. Kelly SJ, Day N, & Streissguth, AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and teratology*. 2000;22(2):143-49. [https://doi.org/10.1016/s0892-0362\(99\)00073-2](https://doi.org/10.1016/s0892-0362(99)00073-2)
 18. Coles CD, Platzman KA. Behavioral development in children prenatally exposed to drugs and alcohol. *Int J Addictions*. 1993;28:1393–1433. <https://doi.org/10.3109/10826089309062192>
 19. Meares R, Penman R, Milgrom-Friedman J, Baker K. Some origins of the “difficult” child: The Brazelton scale and the mother’s view of her newborn’s character. *Br J Med Psychol*. 1982;55:77–86. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01485.x>
 20. Thomas A, Chess S, Birch HG. *Temperament and behavior disorders in children*. New York University Press; New York: 1968.
 21. Bowlby J. (1998). *Loss: Sadness and depression* (No. 3). Random House.
 22. Siegel DJ. (2007) *La mente en desarrollo*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
 23. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E. & Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ: 1978. <https://doi.org/10.1037/t28248-000>
 24. Main M, & Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 1990;1:121-160.
 25. Barudy J, & Dantagnan M. *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa: 2005.
 26. Barudy J. & Dantagnan M. *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa: 2010.
 27. Gonzalo JL, & Pérez-Muga O. *¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego*. 2011.
 28. Carlson EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*. 1998;69:1970-9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
 29. Conklin CZ, Bradley, R. & Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194:69-77. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
 30. Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company. 2003.
 31. Bateman AW. & Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-Based Treatment*, Oxford University Press, Nueva York; 2004. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
 32. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(1):64. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.64>

33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. (DSM-5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
35. Bonnier C, Nassogne MC y Eurard P. Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome, late consequences after a symptom-free interval. *Review Developmental Medicine and Child Neurology*. 1995;3. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1995.tb11949.x>
36. Swaab D. Somos nuestro cerebro. Como pensamos, sufrimos y amamos. Barcelona. Plataforma; 2014.
37. Brazelton TB. & Cramer BG. La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona. Paidós; 1990.
38. Zeanah CH. & Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):207-22. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12347>
39. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Wing J, Beevor A. & Jezzard, R. A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. *The british Journal of Psychiatry*. 1999;174(5):413-16. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
40. Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Tàpies Olivet P, Izaguirre Eguren J, Vergés Balasch P, Lara Lloveras A, Bertomeu S, Peramiquel M, Herreros V, Vidal À, Font E, Romero S, Garcia M, Lázaro L. & Morer À. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Psychiatry Res*. 2018;261:554-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.057>.
41. Achenbach TM. & Rescorla LA. Multicultural guide for the ASEBA School-Age form & profiles. Burlington, Vt: University of Vermont. Research Center for Children Youth & Families; 2007.
42. Hernández A, Aguilar C, Paradell È, Muñoz MR, Vannier LC. y Vallar F. The effect of demographic variables on the assessment of cognitive ability. *Psicothema*. 2017;29(4):469-74.
43. Injoke-Ricle I, & Burin DI. Memoria de Trabajo y Planificación en niños. Validación de la prueba Torre de Londres. *Neuropsicología Latinoamericana*. 2011;3(2). <https://doi.org/10.5579/rnl.2011.0065>
44. Conners CK, Staff MHS, Connelly V, Campbell S, MacLean M. & Barnes J. Conners' continuous performance Test II (CPT II v. 5). Multi-Health Syst Inc. 2000;29:175-96.
45. Zeanah CH, Chesher T, Boris NW, Walter HJ, Bukstein OG, Bellonci C, ... & Hayek M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(11):990-1003. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
46. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit (No. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation; 1995.
47. Cyrulnik B, Barudy J. & Dartagnan M. La resiliencia. Resistir o rehacerse. Barcelona; 2000.
48. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreat*. 2006;11:76-89. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3281bc0d08>
49. Hospital Vall D'hebron. Síndrome alcohólico fetal-saf. Barcelona, España: Recuperado de: www.hospital.vallhebron.com/es/enfermedades/sindrome-alcoholico-fetal-saf
50. Ogden T, Hagen KA. Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *J Child Adolesc Ment Health*. 2006;11:142-49. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>

51. Dozier M, Peloso E, Lewis E, Laurenceau JP, Levine S. Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Dev Psychopathol.* 2008;20:845-59. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000400>
52. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev.* 1991;62:199-209. <https://doi.org/10.2307/1130715>
53. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, et al. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:1532-72. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181570d9e>

Susana Cruylles¹
Prudencio Rodríguez Ramos²

1. Psicóloga Clínica, Terapeuta de Familia, España.
2. Psiquiatra sin especialidad oficialmente reconocida en la infancia y la adolescencia, España.

El estrés postraumático en niños y adolescentes. Comentarios de cuatro libros publicados en los últimos años por el Dr. Víctor G. Carrión

El tratamiento del estrés postraumático en niños y adolescentes, dada su complejidad en causalidad, evaluación diagnóstica, manifestaciones clínicas, evolución y tratamiento, requiere una precisa y amplia formación especializada para su diagnóstico y tratamiento. Hay cuatro libros publicados en los últimos años (2016-2019) por el Dr. Víctor G. Carrión que, juntos, contribuyen a tan específica formación y muestran la enorme importante aportación que este profesor está haciendo en la psiquiatría infantil y en el tratamiento de dicha patología. El Dr. Carrión es el John A. Turner M.D. Endowed Chair of Child and Adolescent Psychiatry en la Universidad de Stanford, California, donde dirige un programa de estrés infantojuvenil: *The Early Life Stress and Resilience Program* (<http://med.stanford.edu/elspap.html>).

Aunque estos libros (no descritos por orden de publicación), están dirigidos al estrés postraumático en niños y adolescentes, abordan muchos aspectos de la psiquiatría infantil.

El primero que se describe a continuación, *Assessing and Treating Youth exposed to Traumatic Stress*, APA Publishing 2019 (1), es un manual-guía general en el que el Dr. Carrión es el editor. Participan autores, expertos en la materia: profesores, investigadores y profesionales clínicos. Se describe cómo hacer una evaluación clínica de un niño o adolescente con estrés postraumático, con toda su diversidad, comorbilidad y complejidad sintomatológica. Además, el libro presenta diferentes tratamientos terapéuticos generales y específicos al respecto, que hay en la

actualidad, como *Cue Centered Therapy*, *Trauma-Focus Cognitive Behavioral Therapy* o *Child-Parent interventions*. El libro presenta, en un tercer apartado, diferentes problemas clínicos asociados, como la disociación, dificultades en el sueño, suicidio y abuso de sustancias. En la última parte del libro, se describen sistemas integrados de cuidados para el tratamiento de estrés postraumático.

El segundo de los libros que se reseña es *Terapia de Claves traumáticas: Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas postraumáticos*, Gedisa 2019 (traducido del original: *Cue-Centered Therapy for youth experiencing posttraumatic symptoms*, Oxford University Press 2016) (2). Es un manual de tratamiento del estrés postraumático, sesión a sesión, creado por el Dr. Carrión. Todo el tratamiento, detalladamente descrito, está basado en la neurociencia del estrés postraumático y aborda la variada sintomatología postraumática, que se suele manifestar en los distintos ámbitos: conductual, cognitivo, emocional y físico. Describe las *claves traumáticas* y como éstas causan la sintomatología observada. La finalidad de este método de tratamiento, híbrido de varias terapias eficaces, es fortalecer al niño y adolescente a través de la psicoeducación, de la revisión de su narrativa biográfica y de la exposición a las claves traumáticas.

De aquí pasamos al siguiente libro, maravilloso en su sencillez para hablar de algo tan complejo y pionero, como la neurociencia del estrés postraumático pediátrico: *Neuroscience of Pediatric PTSD*, Oxford University Press 2017, escrito junto con el Dr. Carl Weems (3). Describe todas las investigaciones

que hasta 2017 existen en la literatura sobre el impacto del estrés traumático en el cerebro del niño y su funcionamiento: en las funciones ejecutivas, la memoria, procesamiento emocional, disociación, sueño y conductas autolíticas. Hay además un capítulo sobre los estudios de comorbilidad en el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT) pediátrico, otro sobre los resultados de tratamiento y por último indica futuras direcciones a tomar en este campo de investigación. Todos los capítulos presentan el mismo formato: describen la anatomía del cerebro a la que hacen mención, los estudios realizados en animales y en adultos, para llegar a los realizados en la población infantojuvenil.

Hasta aquí todo lo enfocado a evaluación, tratamiento y neurociencia del estrés postraumático en población pediátrica. Vamos un paso más, con el proyecto del Dr. Carrión: hacer prevención y tratamiento integral del estrés traumático.

El último libro descrito es un manual práctico que describe la utilidad, beneficios (y necesidad) de la práctica de mindfulness para salud mental de la población infantojuvenil: *Applied Mindfulness: Approaches in Mental Health for Children and Adolescents*, APA Publishing 2019 (4). Esta editado junto con el Dr. John Rettger, quien fue director de mindfulness del departamento de Early Life Stress and Resilience Program de la Universidad de Stanford. Participan varios autores expertos en la materia. Empieza describiendo la aplicación de mindfulness en la población clínica infantojuvenil: ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, duelos, abuso de sustancias y autismo. En la segunda parte del libro, se acerca a la práctica de mindfulness en poblaciones vulnerables: juventud inmigrante y penales. Y por último propone varios entornos para la práctica de mindfulness con niños y adolescentes, como el domicilio, la escuela, o la naturaleza.

Quien profundice en estos libros podrá empezar a comprender la complejidad del estrés postraumático en la infancia, en diagnóstico y tratamiento, su gravedad, y las consecuencias a medio y largo plazo para el desarrollo y el bienestar de quienes lo sufren.

Y por ello, la necesidad de formación específica al respecto.

Por último, una sugerencia: que se realicen traducciones de los tres libros descritos no traducidos, para hacerlos accesibles y formar a profesionales que no tienen la oportunidad de ser angloparlantes.

REFERENCIAS

1. Carrión VG. *Assessing and Treating Youth exposed to Traumatic Stress*. APA Publishing; 2019. 528 p. ISBN-10: 1615371427, ISBN-13: 978-1615371426.
2. Carrión VG. *Cue-Centered Therapy for Youth Experiencing Posttraumatic Symptoms*. *Cue-Centered Therapy for Youth Experiencing Posttraumatic Symptoms*. Oxford University Press; 2016. 224 p. ISBN-10: 0190201320, ISBN-13: 978-0190201326 / *Terapia de Claves traumáticas: Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas postraumáticos*; Gedisa 2019. 224 p. ISBN: 978-84-17341-93-0
3. Carrión VG & Weems C. *Neuroscience of Pediatric PTSD*. Oxford University Press; 2017. 200 p. ISBN-13: 978-0190201968.
4. Carrión VG & Rettger J. *Applied Mindfulness: Approaches in Mental Health for Children and Adolescents*. APA Publishing; 2019. 394 p. ISBN-10:1615372121, ISBN-13 :978-1615372126.

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:

- 58
- 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), y en blanco y negro. 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 (Tsytoovich 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.

62 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 CONFLICTO 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 CONFLICTO DE INTERESES

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.