

ARTICULO ORIGINAL

- Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida**
F. Villar-Cabeza, C. Castellano-Tejedor, B. Sánchez-Fernández, M. Verge Muñoz y T. Blasco-Blasco **7**
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?**
L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero **19**

CASO CLÍNICO

- Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: detección y prevención. A propósito de un caso**
P. Latorre Forcén y A. Barrera Francés **27**
- La disociación en niños y adolescentes: la variabilidad en la expresión clínica a propósito de dos casos**
A. Fernandes Abreu, C. Nuñez Sande, B. Pinal Fernández, B. Martínez Alonso **31**
- “Levántate y anda”, un caso de trastorno conversivo grave en la infancia**
C. Pérez Álvarez, A.I. Calvo Samago, P. Ruiz Lázaro **38**
- Crisis epilépticas y pseudocrisis: la importancia del diagnóstico diferencial**
M. Barrios Agrafojo, A. Ruiz Arcos, M. Ayora Rodríguez, R. Camino León, R. de Burgos Marín **43**
- NORMAS DE PUBLICACIÓN** **48**



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno

Vice-presidente: José Ángel Alda

Secretario: Carlos Imaz

Tesorera: Beatriz Payá

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio

Vocales: Rafaela Caballero, Pilar Baos y Kristian Naenen

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

Luisa Lázaro ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

Belén Rubio Presidente del Comité
de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo
por la AEPNYA

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

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

C/ Almechiche 28

Churriana de la Vega

18194 - Granada

direccion.revista@aepnya.org

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

J. Toro Trallero

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

Edelmira Domènech Llaberia

Copyright 2017

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

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

Publicación trimestral
Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: (91) 6395965

www.editorialselene.com

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €
ESTUDIANTES/MIRES 70 €
EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

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

DIRECCIÓN DE ENVÍO

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

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

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

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

ORIGINAL REVIEW

Psychological profiles of adolescents with suicidal behaviors

F. Villar-Cabeza, C. Castellano-Tejedor, B. Sánchez-Fernández, M. Verge Muñoz y T. Blasco-Blasco 7

Attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD), Is the presumptive diagnosis carried out in Paediatric Primary Care maintained in Child and Adolescent Mental Health Unit?

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M. O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero 19

CASE REPORTS

Eating disorders in sport: detection and prevention. About a case

P Latorre Forcén y A Barrera Francés 27

Dissociation in children and adolescents: the variability in clinical expression in relation to two cases

A. Fernandes Abreu, C. Nuñez Sande, B. Pinal Fernández, B. Martínez Alonso 31

“Get up and walk”, a case of severe conversion disorder in childhood

C. Pérez Álvarez, A.I. Calvo Sarnago, P. Ruiz Lázaro 38

Crisis epilépticas y pseudocrisis: la importancia del diagnóstico diferencial

M. Barrios Agrafojo, A. Ruiz Arcos, M. Ayora Rodríguez, R. Camino León, R. de Burgos Marín 43

NORMAS DE PUBLICACIÓN 48

61

CONGRESO DE AEPNyA Integrando Miradas

Castellón de la Plana
15 al 17 de junio de 2017



www.aepnya-castellon2017.es



CONGRESO
DE AEPNyA
Integrando Miradas

FECHAS CLAVE

22/01/2017

Vencimiento del plazo para resúmenes de simposios.

12/02/2017

Vencimiento del plazo para resúmenes de Pósteres y Comunicaciones Orales.

21/04/2017

Fecha límite de inscripción reducida.

23/05/2017

Fecha límite de inscripción web.

15/06/2017 – 17/06/2017

Congreso de AEPNyA, Integrando Miradas

www.aepnya-castellon2017.es



Villar-Cabeza F.*, Castellano-Tejedor C.**, Sánchez-Fernández B.*, Verge Muñoz M.* Blasco-Blasco T.***

*Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona (España).

**Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona (España). CIBERSAM.

***Departamento de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra (España)

Correspondencia:

Francisco Villar.

Unidad de Conducta Suicida. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Email: fvillar@hsjdbcn.org

Agradecimientos:

Los autores del presente trabajo desean agradecer la inestimable colaboración de todos los adolescentes que han participado voluntaria y desinteresadamente en el presente estudio.

Financiación:

El proyecto de investigación cuenta con la colaboración de la ayuda de IRPF del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de las convocatorias de 2015-2016.

Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida

Psychological profiles of adolescents with suicidal behavior

RESUMEN

La necesidad de prevenir muertes evitables y contener el impacto emocional que genera la conducta suicida requiere de estudios que permitan entender mejor el fenómeno, con el fin de incrementar la eficacia de las estrategias preventivas e interventivas. Clasificar la conducta suicida permitiría un mejor abordaje de esta problemática tan heterogénea, con influencias culturales, evolutivas y de género. Este trabajo pretende describir diferentes perfiles psicológicos prototípicos del adolescente con conducta suicida, a partir de una propuesta de clasificación ya existente que se amplía con otras variables clínicas de relevancia. Para ello, se diseñó un estudio transversal descriptivo-correlacional con pacientes de entre 8-17 años, visitados en Urgencias por conducta suicida entre noviembre del 2013 y diciembre del 2014. Los datos se obtuvieron a partir de entrevistas clínicas. La propuesta de clasificación mostró que los

adolescentes del grupo I, el más prevalente (60%), se caracterizaron por presentar mayor prevalencia de rasgos desadaptativos de personalidad, trastorno de conducta, más ingresos hospitalarios y autolesiones y la mitad de ellos presentaron antecedentes de conducta suicida. Los del grupo II (30%), presentaron mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo. El grupo III (10%), mostró un alto porcentaje de tentativas autolíticas (>75%) respecto a otras conductas suicidas, identificando los conflictos relacionales como desencadenantes más frecuentes. La obtención de estos perfiles prototípicos y sus correspondientes características clínicas y psicopatológicas, permite sugerir diferentes procesos de tratamiento ajustados a cada uno de los procesos descritos.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, estudio descriptivo, perfiles.

ABSTRACT

The need to prevent avoidable deaths and to contain the emotional impact of suicidal behavior requires studies to better understand the phenomenon and to increase the effectiveness of prevention and intervention strategies. Suicidal behavior has a very heterogeneous characterization, which is influenced by cultural, evolutionary, and gender features, and its classification could facilitate a better approach to this problem. This study was intended to describe the different prototypical psychological profiles of the adolescent with suicidal behavior, based on an existing classification proposal that is extended with other relevant clinical variables. A cross-sectional and descriptive design was employed in a sample of patients between 8-17 years old attended in a pediatric emergency unit between November 2013 and December 2014. Data was collected by means of semi-structured interviews. The classification showed that adolescents in group I, the most prevalent (60%), were characterized by a higher prevalence of maladaptive personality traits, behavioral disorders, more mental health hospital admissions, self-harm behaviors, and half of them had a history of previous suicidal behavior. Those in group II (30%) had a higher prevalence of mood disorders. Group III (10%) showed a high percentage of autolysis attempts (>75%) when compared to other type of suicidal behavior, identifying relational conflicts as the most frequent triggers. To obtain these prototypic profiles and their corresponding clinical and psychopathological characteristics in the study sample suggests different treatments tailored to each specific profile.

Keywords: suicide, adolescence, descriptive study, profiles.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un grave problema de salud pública y la primera causa externa de mortalidad (1). En 2012, 804.000 personas fallecieron en todo el mundo por esta problemática (1). En ese mismo año, las muertes por suicidio en adolescentes en España de entre 15 y 19 años fueron de 52, y de 5 en menores de 15 años (2). Durante los siguientes dos años, estos fallecimientos han seguido incrementando sensiblemente hasta los últimos datos publicados de 2014, cuando hubo 59 casos en menores de 19 años y 10 en menores de 15 años (3); doblando, en esta última franja de edad las cifras

de 2012. Aunque el suicidio consumado en menores de 19 años representa únicamente el 1,7 % del total de los suicidios, éste sigue constituyendo la segunda causa de mortalidad en adolescentes de entre 15 y 19 años (3). Ante este problema, son necesarios estudios que mejoren la prevención y la intervención.

Se sabe que los adolescentes que se suicidan y los que realizan tentativas autolíticas conforman dos poblaciones superpuestas (4). Algunos autores han descrito que las poblaciones con más riesgo, no sólo de suicidio sino de presentar mayor número de diagnósticos de salud mental, son los adolescentes reincidentes múltiples (5). El mayor nivel de riesgo en esta subpoblación es explicado por Hawton, Saunders y O'Connor (6), quienes señalan como factor precipitante recurrente de suicidio los estresores de tipo psicosocial; especialmente los problemas relacionales, que aparecen con mayor frecuencia en el caso de menores de 14 años. En la adolescencia, las relaciones tienen una mayor relevancia, por la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de las vivencias. Si a esto le sumamos una mayor impulsividad y una infravaloración de los riesgos, todo ello puede llegar a incrementar la probabilidad de tentativas autolíticas durante esta etapa vital.

A la consumación de dichas tentativas podría llegarse a través de procesos diferenciados como los tres que proponen Fortune, Stewart, Yadav y Hawton (7), tras realizar un estudio de 27 autopsias psicológicas de adolescentes que habían consumado el suicidio. El primer tipo de proceso se daría en adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales. El segundo tipo aparecería en adolescentes que padecen trastornos de salud mental graves. El tercer proceso sería el que se observa en adolescentes que no pueden incluirse en ninguna de las categorías anteriores y en los que la conducta suicida acontece tras un evento vital estresante, como podría ser el fallecimiento de un ser querido.

Esta categorización podría ser útil para integrar el conocimiento que se posee sobre los factores relacionados con el intento de suicidio (7). En este sentido, la literatura científica sobre este tema, señala que uno de los factores de riesgo para la realización de la conducta suicida que cuenta con mayor evidencia empírica es la realización de una tentativa previa (8).

En nuestro ámbito cultural, pacientes varones, con antecedentes psiquiátricos, tentativa suicida previa y/o con clínica de toxicidad en el momento de atención, presentan mayor riesgo de repetir la tentativa (9). Otros factores descritos son la impulsividad, el pesimismo del adolescente introvertido, el debut de trastornos psiquiátricos y el inicio de consumo de tóxicos (10). Sin embargo, esos factores de riesgo no tienen especificidad suficiente, pues implican altas tasas de falsos positivos que no permiten acciones preventivas eficaces (11) ni identifican aquellos casos con peor pronóstico. Por ello, parece pertinente valorar si los perfiles propuestos por Fortune y colaboradores (7), en conjunción con otras variables clínicas y psicopatológicas de relevancia en este ámbito, pueden servir para la obtención de diferentes perfiles prototípicos del adolescente suicida que guíen el diseño e implementación de tratamientos diferenciales de demostrada eficacia, capaces de evitar nuevas tentativas autolíticas.

Por todo lo expuesto, el presente trabajo pretende profundizar en la descripción de las características clínicas y psicopatológicas de la población adolescente con conducta suicida. Para ello, se partirá de la clasificación de Fortune y colaboradores (7), y se ampliará con otras variables relacionadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

El diseño del presente estudio es de tipo transversal descriptivo-correlacional.

Setting

El estudio se realizó en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, con un área de influencia de 1.300.000 habitantes y 100.000 visitas anuales en el servicio de urgencias generales.

Participantes

Se incluyó a los 1) pacientes menores de edad (<18 años) atendidos en el servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital pediátrico terciario por tentativa suicida y 2) a pacientes menores de edad (<18 años) que habían presentado una conducta suicida diferente a tentativa (esto incluía: ideación, amenazas, gestos suicidas) con un claro riesgo de pasar al acto (p.e., realizar una

tentativa, valorado por el psiquiatra de urgencias). Se excluyó a los 1) pacientes mayores de edad (≥ 18 años), 2) y a pacientes con deficiencias cognitivas u otros déficits neuropsicológicos que pudiesen dificultar la valoración clínica y/o la comprensión del concepto de muerte, 3) pacientes que negasen la intencionalidad autolítica de la conducta. Es decir, que presentaron autolesiones o conductas parasuicidas, daño auto-infligido, intoxicaciones u otras conductas similares con intencionalidad ansiolítica, lúdica u otra que no fuese suicida.

Variables e instrumentos de evaluación

Las siguientes variables fueron recogidas a partir de un protocolo *ad hoc*:

1. Datos socio-demográficos: edad en el momento de la evaluación y género.
2. Datos clínicos: existencia de diagnóstico psicopatológico (en el presente y pasado) y eventos vitales estresantes (en el presente y pasado) de *bullying*, abusos en la infancia, ingresos hospitalarios en salud mental y autolesiones, presencia de comorbilidades (existencia de uno o más trastornos además del trastorno principal) y antecedentes psicopatológicos familiares. Dicha recogida de información se basó en la entrevista clínica estructurada SCID para los trastornos del DSM.

Datos de estudio relacionados con la conducta suicida:

1. Motivo de consulta: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa, autolesiones.
2. Tipo de tentativa actual: no procede, sobreingesta medicamentosa, ingesta de cáusticos, precipitaciones, venoclisis, apuñalamientos, ahorcamientos, ingesta de drogas u otros.
3. Existencia previa de tentativa: sí versus no.
4. Tipo de conducta previa: ideación autolítica, amenaza, gesto, tentativa.
5. Antecedentes familiares de conducta suicida y tipo: igual que el punto 2.
6. Factor desencadenante referido por el propio adolescente: conflicto familiar, ruptura sentimental, conflicto con iguales, gestión emocional, problemas académicos, trastorno de salud mental, depresión, dolencia orgánica, otros, no refiere desencadenante.

Procedimiento

El periodo de recogida de datos se realizó desde noviembre de 2013 hasta diciembre de 2014, el mismo día de la atención en urgencias por un profesional clínico (psicólogo o psiquiatra) perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. La codificación de los datos la realizaron dos psicólogos de forma independiente a través de la intervención directa o del análisis de la historia clínica del paciente realizada por otro facultativo, pudiendo ser este psiquiatra o psicólogo clínico. La clasificación del paciente que presentaba la tentativa en alguno de los tres grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7) (véase Tabla 1) la realizaron los dos psicólogos a partir de una submuestra de 100 pacientes (de los 402 que formaban la muestra total). Cada uno de ellos asignó de manera independiente el caso a una de las tres categorías, y se comprobó después que el grado de acuerdo era del 100%. Por ese motivo, la clasificación del resto la realizó uno de los dos psicólogos, con el siguiente proceso de decisión:

- Inclusión del paciente en el grupo I: 1) Pacientes que presentaban o no un cuadro psicopatológico; 2) Que el deterioro en diferentes áreas no era atribuible a dicho cuadro agudo; 3) Que presentasen una evolución tórpida y ausencia de la remisión esperada tras un proceso de tratamiento, o más de dos años sin tratamiento. En este caso se seleccionaba al paciente en el grupo I. En este grupo, el suicidio podría ser considerado como una consecuencia a una falta de recursos para afrontar y acometer las exigencias sociales, ya sea por causas internas (dificultades de gestión emocional, de resolución de conflictos...) o externas (problemas socio-familiares).
- Inclusión del paciente en el grupo II: 1) Si presentaba un cuadro psicopatológico tipo episodio depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno por estrés post-traumático, etc.; 2) Si las consecuencias o deterioro de diferentes áreas podían atribuirse a ese cuadro clínico; y 3) Si el cuadro no había persistido tras un año en tratamiento (farmacológico, psicológico o combinado) o dos años sin tratamiento. En este grupo el suicidio se podría considerar como fuertemente relacionado al cuadro clínico (síntoma) o al proceso de aceptación de un diagnóstico (como podría ser una esquizofrenia).

- Inclusión del paciente en el grupo III: 1) Aquellos adolescentes que no encajaban en los grupos I o II; 2) Con un funcionamiento conservado en todas las áreas; y 3) Que el suicidio aparecía de forma abrupta ante un único evento vital estresante.

Tabla 1. Categorización del adolescente que comete suicidio según los grupos propuestos por Fortune y colaboradores (7)

Grupo I: Aquellos adolescentes con problemas vitales y conductuales de largo recorrido, fracaso escolar, relaciones familiares deterioradas, abusos sexuales, violencia familiar, rasgos de personalidad desadaptativos, baja autoestima y/o problemas relacionales con iguales.

Grupo II: Aquellos adolescentes con trastornos de salud mental graves. Dos subgrupos:

- Con proceso de suicidio prolongado
- Con un breve proceso suicida

Grupo III: Aquellos adolescentes para los que el suicidio aparece de forma aguda en respuesta a un evento vital estresante, en ausencia de criterios para los grupos I y II.

Adaptado de Fortune y colaboradores (7).

Aspectos éticos

El estudio cumplió con la normativa interna del comité de ética del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, así como la de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki del 1995 con sus sucesivas enmiendas.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en su versión 18. Para analizar la prevalencia de las distintas características socio-demográficas y clínicas, se realizaron análisis descriptivo-correlacionales, de distribución de frecuencias y comparación inter-grupo con un análisis bivariado a partir de la prueba de Chi Cuadrado (χ^2), la t de Student y la prueba ANOVA de un factor. La significación de todas las pruebas se consideró a un nivel de probabilidad del 5% o inferior, indicando siempre la significación exacta que ofrece el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

En total, se recogieron datos de 330 mujeres (82,1%) y 72 hombres (17,9%) de edades comprendidas entre 8 y

17 años ($M = 14,76$, $DT = 1,56$).

La Tabla 2 muestra la distribución de género y la edad media en función de cada uno de los grupos de clasificación de la conducta suicida de Fortune y colaboradores. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de género entre grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas intra o intergrupo en cuanto a la edad.

Tabla 2. Distribución de géneros y edades para cada grupo (N = 402)

	Grupo I (n = 235)		Grupo II (n = 107)		Grupo III (n = 60)	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
n (%)	195 (83%)	40 (17%)	90 (84,1%)	17 (15,9%)	45 (75%)	15 (25%)
M (DT)	14,72 (1,50)	14,75 (1,82)	14,80 (1,46)	14,71 (1,61)	14,78 (1,89)	15 (1,19)
Total, M (DT), rango	14,72 (1,56), 8-17		14,79 (1,48), 11-17		14,83 (1,74), 9-17	

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
M= Media, SD=Desviación típica

La Tabla 3 muestra los datos clínicos de los participantes en el estudio así como los de sus familiares. Tal y como puede observarse, se encontraron diferencias significativas en relación a la presencia de diagnóstico psicopatológico en el momento del ingreso hospitalario ($\chi^2 = 85,755$, $gl = 2$, $p < ,001$) y también en relación a la existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado ($\chi^2 = 51,636$, $gl = 2$, $p < ,001$) así como a presentar comorbilidad en ese mismo momento ($\chi^2 = 57,893$, $gl = 2$, $p < ,001$). También se hallaron diferencias significativas entre los tres grupos en la presencia de algunos diagnósticos tales como: trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 19,885$, $gl = 2$, $p < ,001$) donde los episodios depresivos fueron los más prevalentes (40%), trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 11,271$, $gl = 2$, $p = ,004$), presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi^2 = 55,268$, $gl = 2$, $p < ,001$) y trastornos de conducta ($\chi^2 = 26,394$, $gl = 2$, $p < ,001$). Sin embargo, no hubo diferencias entre las tres categorías en la existencia de trastorno adaptativo, siendo éste un diagnóstico muy prevalente en los tres grupos, con porcentajes similares, alrededor del 40%.

En cuanto a los antecedentes psicopatológicos personales, se encontraron diferencias significativas entre grupos en los mismos diagnósticos psicopatológicos que los comentados previamente para el momento actual: trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 10,060$, $gl = 2$, $p = ,007$); presencia de rasgos desadaptativos de personalidad ($\chi^2 = 11,644$, $gl = 2$, $p = ,003$); antecedentes personales de trastornos de conducta ($\chi^2 = 27,640$, $gl = 2$, $p < ,001$); y antecedentes personales de trastornos de conducta alimentaria ($\chi^2 = 13,831$, $gl = 2$, $p = ,001$). También se observaron diferencias entre grupos para la ocurrencia de diferentes sucesos vitales estresantes, tales como la vivencia de *bullying* ($\chi^2 = 8,666$, $gl = 2$, $p = ,013$) y en ingresos hospitalarios previos en salud mental ($\chi^2 = 15,079$, $gl = 2$, $p = ,001$). En cuanto a las autolesiones, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($\chi^2 = 28,452$, $gl = 2$, $p < ,001$).

Respecto a los antecedentes psicopatológicos familiares, se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos de sujetos en referencia a dos familias diagnósticas: Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos ($\chi^2 = 9,429$, $gl = 2$, $p = ,009$); y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo ($\chi^2 = 8,291$, $gl = 2$, $p = ,016$).

La Tabla 4 muestra los resultados referentes a la conducta suicida. Se observaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la existencia de tentativa ($\chi^2 = 6,492$, $gl = 2$, $p = ,039$) y la presencia de antecedentes personales de conducta suicida previa ($\chi^2 = 40,885$, $gl = 2$, $p < ,001$) con una marcada prevalencia en el grupo I, llegando al 50% de los pacientes, de los cuales la mitad (25%) habían presentado tentativas autolíticas previas. No existieron diferencias significativas ni en el tipo concreto de tentativa, ni en el tipo de conducta suicida previa, ni tampoco en cuanto a la presencia de antecedentes familiares de conducta suicida o en los desencadenantes referidos por el adolescente para la conducta suicida. Se observó una diferencia notable en cuanto al desencadenante identificado, se encontró mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el conflicto con iguales fue señalada en un 75% los casos,

Tabla 3. Datos clínicos de la muestra (n=402)			
	Grupo I (n = 235)	Grupo II (n = 107)	Grupo III (n = 60)
	n (%)	n (%)	n (%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico***			
Sí	226 (96,2%)	106 (99,1%)	37 (61,7%)
Tipo de diagnóstico psicopatológico actual			
Trastorno por uso de sustancias	21 (8,9%)	6 (5,6%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	8 (7,5%)	0
Trastorno del estado de ánimo***	61 (26%)	41 (38,3%)	4 (6,7%)
Trastorno de ansiedad	10 (4,3%)	8 (7,5%)	3 (5%)
Trastorno de conducta alimentaria**	34 (14,5%)	9 (8,4%)	0
Trastorno control de impulsos	3 (1,3%)	0	0
Trastorno adaptativo	91 (38,7%)	38 (35,5%)	25 (41,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad***	85 (36,2%)	8 (7,5%)	0
Trastorno de conducta***	34 (14,5%)	0	0
Trastorno generalizado del desarrollo	5 (2,1%)	5 (4,7%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	9 (3,8%)	1 (0,9%)	2 (3,3%)
Otros diagnósticos psicopatológicos	5 (2,1%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Comorbilidad***			
Sí	112 (47,7%)	19 (17,8%)	2 (3,3%)
Existencia de diagnóstico psicopatológico en el pasado***			
Sí	208 (88,5%)	71 (66,4%)	29 (48,3%)
Tipo de antecedentes psicopatológicos personales previos / Eventos vitales estresantes			
Trastorno por uso de sustancias	18 (7,7%)	4 (3,7%)	3 (5%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos	1 (0,4%)	4 (3,7%)	0
Trastorno del estado de ánimo**	42 (17,9%)	18 (16,8%)	1 (1,7%)
Trastorno de ansiedad	36 (15,3%)	19 (17,8%)	5 (8,3%)
Trastorno de conducta alimentaria***	41 (17,4%)	11 (10,3%)	0
Trastorno adaptativo	18 (7,7%)	6 (5,6%)	1 (1,7%)
Rasgos desadaptativos de personalidad**	19 (8,1%)	1 (0,9%)	0
Trastorno de conducta***	50 (21,3%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Trastorno generalizado del desarrollo	3 (1,3%)	3 (2,8%)	0
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	21 (8,9%)	2 (1,9%)	5 (8,3%)
Bullying*	31 (13,2%)	12 (11,2%)	3 (5%)
Abusos en la infancia	18 (7,7%)	1 (0,9%)	1 (1,7%)
Ingresos hospitalarios en salud mental***	47 (20%)	11 (10,3%)	1 (1,7%)
Autolesiones***	108 (46%)	30 (28%)	7 (11,7%)
Otros	40 (17%)	13 (12,1%)	10 (16,7%)
Existencia de antecedentes psicopatológicos familiares			
Sí	130 (55,3%)	67 (62,6%)	27 (45%)

Tipo de antecedentes psicopatológicos familiares			
Trastorno por uso de sustancias	33 (14%)	19 (17,8%)	6 (10%)
Esquizofrenia u otros t. psicóticos**	17 (7,2%)	14 (13,1%)	0
Trastorno del estado de ánimo*	68 (28,9%)	46 (43%)	15 (25%)
Trastorno de ansiedad	34 (14,5%)	15 (14%)	8 (13,3%)
Trastorno de conducta alimentaria	8 (3,4%)	4 (3,7%)	2 (3,3%)
Trastorno adaptativo	8 (3,4%)	2 (1,9%)	3 (5%)
Trastorno de personalidad	9 (3,8%)	4 (3,7%)	2 (3,3%)
Trastorno de conducta	7 (3%)	3 (2,8%)	1 (1,7%)
Otros	29 (12,3%)	11 (10,3%)	6 (10%)

Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante.
 *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabla 4. Datos en relación a la conducta suicida (n=402).

	Grupo I (n = 235)	Grupo II (n = 107)	Grupo III (n = 60)
	n (%)	n (%)	n (%)
Motivo de consulta según profesionales			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	23 (21,5%)	4 (6,7%)
Amenaza	12 (5,1%)	5 (4,7%)	0
Gesto	22 (9,4%)	9 (8,4%)	6 (10%)
Tentativa*	160 (68,1%)	70 (65,4%)	50 (83,3%)
Tipo de tentativa			
Sobringesta medicamentosa	145 (90,6%)	62 (88,57%)	42 (84%)
Ingesta de cáusticos	7 (4,3%)	3 (4,28%)	5 (10%)
Precipitación	2 (1,25%)	2 (2,85%)	1 (2%)
Venoclisis	3 (1,87%)	3 (4,28%)	1 (2%)
Apuñalamiento	1 (0,62%)	0	0
Ahorcamiento	0	0	1 (2%)
Ingesta de drogas	1 (0,62%)	0	0
Otros	1 (0,62%)	0	0
Existencia de conducta suicida previa***			
Sí	119 (50,6%)	32 (29,9%)	5 (8,2%)
Tipo de conducta suicida previa			
Ideación autolítica	41 (17,4%)	13 (12,1%)	2 (3,3%)
Amenaza	4 (1,7%)	0	0
Gesto	13 (5,5%)	6 (5,6%)	2 (3,3%)
Tentativa	61 (26%)	13 (12,1%)	1 (1,7%)
Antecedentes familiares de conducta suicida			

Sí	28 (11,9%)	12 (11,2%)	9 (15%)
Tipo de conducta suicida en familiares			
No procede	204 (86,8%)	95 (88,8%)	51 (85%)
Ideación autolítica	2 (0,9%)	0	0
Amenaza	3 (1,3%)	1 (2,5%)	0
Gesto	0	0	0
Tentativa	15 (6,4%)	8 (7,5%)	7 (11,7%)
Suicidio consumado	11 (4,7%)	3 (2,8%)	2 (3,3%)
Factor desencadenante referido por el propio adolescente			
Conflictiva familiar	79 (33,6%)	27 (25,2%)	30 (50%)
Ruptura sentimental	23 (9,8%)	12 (11,2%)	13 (21,7%)
Conflicto con iguales	13 (5,5%)	10 (9,3%)	2 (3,3%)
Gestión emocional	86 (36,6%)	16 (15%)	6 (10%)
Problemas académicos	5 (2,1%)	7 (6,5%)	6 (10%)
Trastorno de salud mental	6 (2,6%)	8 (7,5%)	0
Depresión	22 (9,4%)	26 (24,3%)	1 (1,7%)
Dolencia orgánica	0	0	1 (1,7%)
Otros	1 (0,4%)	0	1 (1,7%)
No refiere desencadenante	0	1 (0,9%)	0
Grupo I: Problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido; Grupo II: Trastornos de salud mental graves; Grupo III: Suicidio de aparición aguda como respuesta a un evento vital estresante *p<0,05; **p<0,01;***p<0,001			

mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes no llegaron al 50%.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo era ofrecer una descripción de los perfiles prototípicos del adolescente con conducta suicida en nuestro propio entorno cultural, para poder sugerir la pertinencia de diferentes aproximaciones terapéuticas en función de la idiosincrasia de cada grupo. Para ello, se partió de la clasificación de tres perfiles definidos por Fortune y colaboradores (7), y se amplió con el estudio de otras variables clínicas y psicopatológicas, potencialmente relacionadas con la conducta suicida.

El primer hallazgo a considerar son las diferencias que se encontraron en cuanto a las prevalencias en los diferentes grupos. Observamos que únicamente tres de cada diez adolescentes que presentaron conducta suicida lo hicieron en el contexto de un cuadro psicopatológico; que la mayoría de pacientes presentaban problemáticas de larga evolución con problemas en diferentes áreas del funcionamiento; y que las tentativas que aparecen de

forma inesperada, sin una historia de larga evolución de problemas o en ausencia de un cuadro psicopatológico, fueron muy poco frecuentes.

Por otro lado, tal y como era de esperar, en la comparación de los grupos se observaron diferencias entre ellos en las variables que caracterizan cada tipología. Así, la existencia de diagnósticos psicopatológicos fue inferior en el grupo III, correspondiente a pacientes que presentaban conducta suicida de aparición aguda como respuesta a eventos vitales estresantes; y los diagnósticos más frecuentes en el grupo I (pacientes con problemas vitales/conductuales/emocionales de largo recorrido) respecto al grupo II (pacientes con trastornos de salud mental graves) fueron los esperables. En concreto, trastornos de conducta, rasgos de personalidad desadaptativos y trastorno de la conducta alimentaria. Lo mismo puede decirse respecto a la presencia de comorbilidad, y de los antecedentes psicopatológicos en el pasado, también más frecuentes en el grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a perfiles clínicos se observó mayor

prevalencia de trastornos del estado de ánimo en el grupo II, seguido del grupo I y por último, observamos una menor presencia de estos diagnósticos en el grupo III. Esto no resulta sorprendente dado que la depresión es uno de los cuadros clínicos más relacionados con el suicidio, especialmente en adultos. Joiner (12) en sus trabajos menciona a los “major five” para referirse a los diagnósticos del DSM más asociados a la conducta suicida. Estos son: 1) el trastorno depresivo mayor, 2) el trastorno bipolar, 3) la esquizofrenia, 4) la anorexia nerviosa y 5) el trastorno límite de la personalidad (12). Chesney, más recientemente excluye la esquizofrenia de esta lista, coincidiendo en los otros cuatro con Joiner (13). Observamos que entre los adolescentes que presentaban conducta suicida en el contexto de un cuadro clínico agudo (grupo II), los trastornos afectivos, especialmente episodios depresivos fueron con diferencia los más prevalentes, cerca del 40%. Estos resultados son muy reveladores ya que destacan la fuerte relación entre depresión y conducta suicida en este grupo de pacientes. Aunque esta relación ha sido muy descrita, incluso identificando la depresión como un predictor de repetición de la conducta suicida (14), a menudo ha quedado en un segundo plano.

Respecto a los rasgos desadaptativos de personalidad, se observa que estos están significativamente más presentes entre los adolescentes del grupo I, con una menor presencia en el grupo II y sin casos con este diagnóstico en el grupo III. Estos resultados tienen sentido teniendo en cuenta que la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad explicarían un mal funcionamiento de larga evolución tanto en el ámbito personal como en el relacional.

El trastorno de conducta, por su parte, revela una presencia exclusiva en adolescentes del grupo I, no habiendo casos con este diagnóstico en el resto de grupos. En la misma línea que los trastornos de la personalidad, pero con un inicio más precoz, los adolescentes con este diagnóstico presentan un cuadro de larga evolución de problemas en diferentes áreas, en este caso con serios problemas en el ámbito académico, no solo en el relacional (15).

Los trastornos de conducta alimentaria, constituyen otro de los, ya comentados, “major five” identificados por Joiner (12) o de los cuatro de Chesney (13). La existencia de este diagnóstico en los grupos I y II y su ausencia en el grupo III, dibujaría dos perfiles previos a la conducta

suicida en presencia de trastornos alimentarios. El grupo I presentaría mayor comorbilidad psicopatológica, y el grupo II, cuadros alimentarios más puros, con una problemática más centrada en la conducta alimentaria.

En cuanto a los antecedentes personales, también se encontraron diferencias significativas, con mayor presencia de antecedentes psicopatológicos entre los adolescentes del grupo I, seguidos del grupo II y por último del grupo III. Este dato vuelve a entrelazar resultados observados con aspectos de la propia tipología, siendo que los cuadros más crónicos, por la propia definición se considerarían del grupo I.

Al centrarnos en las diferencias específicas entre los tres grupos respecto a factores vitales estresantes, observamos que existían diferencias significativas entre grupos en cuanto a vivencias de *bullying* con mayor presencia en los adolescentes de los grupos I y II. En estos grupos podríamos hipotetizar que la relación entre el *bullying* y la conducta suicida podría estar mediada de alguna forma por un mal funcionamiento de larga evolución a nivel interpersonal y en otras áreas (grupo I) o por un trastorno de salud mental (grupo II). En cuyo caso sería difícil de determinar si el estresor desencadenante de la patología es el *bullying* o si el hecho de tener una vulnerabilidad o síntomas prodrómicos puede hacer a los preadolescentes y adolescentes más vulnerables a este tipo de situaciones de acoso.

También encontramos diferencias significativas entre los tres grupos en cuanto a ingresos hospitalarios previos en salud mental, con mayor número de ingresos previos entre los adolescentes del grupo I, seguido por los del grupo II y prácticamente ausentes en los del grupo III.

En cuanto a las autolesiones, se hallan diferencias significativas entre los tres grupos con una mayor presencia de éstas entre los adolescentes pertenecientes al grupo I, probablemente muy relacionadas con la mayor existencia de rasgos disfuncionales de personalidad en este grupo y por consiguiente, con peores habilidades interpersonales, de resolución de problemas y de gestión emocional. Todo ello, haría que pudiesen utilizar con más frecuencia que en los otros grupos las autolesiones como estrategias disfuncionales de afrontamiento emocional.

En relación a la conducta suicida, los datos también parecen replicar la tipología de Fortune (7), pues se observó una mayor presencia de tentativas como motivo de consulta en el grupo III, pese a existir, como era de esperar, un menor número de casos en este grupo con

historia de conducta suicida previa. Son adolescentes que pasan al acto de forma poco esperable, sin un proceso previo de incremento de la gravedad de la conducta suicida. Es decir, inicio por ideación autolítica y/o gestos autolíticos, y posterior agravamiento. Los adolescentes de este grupo mantienen un funcionamiento aparentemente normal hasta el momento de la crisis. Para este tipo de pacientes la prevención universal es fundamental ya que resulta muy difícil identificarlos antes del momento de pasar al acto.

La atención por tentativa autolítica fue menor en los grupos I y II, aunque con mayor demanda por otras conductas suicidas diferentes a tentativa que en el grupo III, sin que lleguen a existir diferencias estadísticamente significativas. Esto puede ser debido a que la mayoría de estos adolescentes ya han ido informando de sus dificultades, ya sea verbalmente o con su conducta y problemas de funcionamiento, y por ello están en contacto con equipos de salud mental que ayudan a adelantarse en la identificación de estas conductas de riesgo y acudir a los servicios de urgencias antes de pasar al acto. En esta línea, observamos diferencias significativas en cuanto a la presencia de antecedentes personales de conducta suicida, con una marcada prevalencia en el grupo I, la mitad de los pacientes, y uno de cada cuatro, las conductas previas habían sido tentativas autolíticas.

Si bien lo anterior parece encajar con las categorías de Fortune en la muestra del presente estudio, hay otros resultados que merecen ser comentados y que arrojan luz sobre otras características que también resultan definitorias de las tres tipologías. Así, los tres grupos comparten factores comunes como son que no hay diferencias de género y edad, no hay diferencias respecto al método más frecuentemente utilizado, ni de antecedentes familiares de patología mental o de conducta suicida, siendo este último un importante factor de riesgo para presentar conducta suicida (16) (17). De todas formas, sí debe matizarse que los antecedentes de esquizofrenia son inexistentes en el grupo III, y los antecedentes de trastornos del estado de ánimo, más prevalentes en el grupo II, por lo que no debe descartarse completamente la posible influencia de los antecedentes familiares en la conducta suicida actual.

Por otra parte, sí hay diferencias en el desencadenante identificado por el adolescente, con mayor prevalencia de factores relacionales en el grupo III, donde la conflictividad familiar, la ruptura sentimental o el

conflicto con iguales es indicado por tres de cada cuatro adolescentes, mientras que en los grupos II y III estos desencadenantes relacionales no llegan a la mitad.

LIMITACIONES

El presente trabajo tiene diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta. La primera es que se toma como referencia la clasificación del adolescente suicida que se propone en un estudio basado en una muestra que recoge exclusivamente 27 casos de suicidios consumados, excluyendo por tanto otros tipos de conducta suicida. No obstante, son escasos los trabajos que ofrecen perfiles prototípicos tras el estudio detallado de adolescentes con conductas suicidas. Por ello los resultados de Fortune et al. (7) se consideran de gran potencial y relevancia clínica. La segunda es que el trabajo se ha realizado con datos de un único centro, por tanto, sería deseable poder llevar a cabo estudios multicéntricos. Por otro lado, uno de los objetivos principales del estudio era facilitar la toma de decisiones en los servicios de urgencias para mejorar la prevención selectiva e indicada en adolescentes con conducta suicida. A pesar de esto, sólo se han registrado variables identificables en una exploración clínica en urgencias, por ello sería necesario ampliar el estudio con la inclusión de otras variables potencialmente reveladoras del perfil prototípico del adolescente suicida que permitan afinar más las características de cada grupo y poder identificar así perfiles más reveladores y potencialmente predictores que faciliten actuaciones tempranas.

CONCLUSIONES

Al margen de esas limitaciones, y de la elaboración de estudios que las minimicen, consideramos que este es un trabajo muy importante por el tamaño de muestra que recoge y por tratarse de un hospital de referencia para población pediátrica con conducta suicida, lo que favorece la representatividad de la muestra de estudio. Creemos que la clasificación propuesta puede permitirnos un acercamiento más efectivo al estudio de la conducta suicida y a cómo afrontarlo en cada caso. A partir de ahí, los datos aportados permiten sugerir que los tratamientos a aplicar deberían adaptarse a las características de las tipologías planteadas a fin de conseguir la máxima eficacia en la recuperación del adolescente y en la prevención de recaídas. Así, podríamos hablar de dos tipos de intervenciones o estrategias, unas comunes sea cual sea el grupo de pertenencia, siendo las dos más importantes:

1) Restringir el acceso a los métodos utilizados con más frecuencia, en nuestro caso medicamentos, una estrategia que ha demostrado su eficacia en la prevención (6) (1) y 2) mantener un seguimiento especializado en salud mental que favorezca el cambio en la conducta de búsqueda de ayuda, con las siguientes especificaciones que comentaremos a continuación (6) (1). El segundo tipo de intervenciones sería específico para cada una de las tipologías, de cara a mejorar la vinculación de estos pacientes a los tratamientos y reducir la alta tasa de abandono de tratamientos validados para suicidio. En este sentido, nuestra propuesta es la siguiente:

En el grupo I los tratamientos más indicados serían los basados en la adquisición de habilidades, como la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (18) (19). Para el grupo II, tratamientos focalizados en la estabilización de los cuadros clínicos de depresión como la terapia Cognitivo-Conductual o psicofármacos como por ejemplo los inhibidores de la recaptación de Serotonina (20), acompañados de la monitorización de la ideación autolítica. Por último, para el grupo III se tendría que incidir en estrategias de prevención universal, como las intervenciones en colegios. Una vez se ha dado la conducta suicida en adolescentes clasificables en este grupo, habría que ofrecer un año de seguimiento individual (mediante alternativas de resolución de conflictos, elaboración del duelo, u otras) y familiar, para tratar tanto las consecuencias propias de haber realizado un intento de suicidio en un menor que no había dado señales previas, como el posible estrés postraumático en el paciente o familiares, hermanos u otros, acompañado todo ello de orientación para tratar al sujeto tras el intento de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization [WHO]. Preventing suicide. *CMAJ* 2014; 143: 609–10.
2. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2013 [accedido diciembre 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
3. Instituto Nacional de estadística [INE]. Defunciones según la causa de muerte. [revista electrónica] 2014 [accedido diciembre 2015] Disponible en: http://www.ine.es/en/prensa/np963_en.pdf
4. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol* 2008; 167: 1155–63.
5. Miranda R, Scott M, Hicks R, Wilcox HC, Lou Harris Munfakh J, Shaffer D. Suicide Attempt Characteristics, Diagnoses, and Future Attempts: Comparing Multiple Attempters to Single Attempters and Ideators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 32–40.
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379: 2373–82.
7. Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *J Affect Disord* 2007; 100: 199–210.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008;30(1):133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002.
9. Margarit Soler A, Martínez Sánchez L, Martínez Monseny A, Trenchs Sainz de la Maza V, Picouto González MD, Villar Cabeza F, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias. *An Pediatr (Barc)* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.04.022>
10. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry* 2013; 70: 300.
11. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 151–8.
12. Joiner TE, Van Orden K a, Witte TK, Selby E a, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol* 2009; 118: 634–46.
13. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13: 153–60.
14. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. Risk and

- protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (2 Suppl 1): S27–S36.
15. Riccio CA, Hewitt LL, Blake JJ (2011) Relation of measures of executive function to aggressive behavior in children. *Appl Neuropsychol* 18: 1-10.
 16. Wilcox HC, Kuramoto SJ, Lichtenstein P, Långström N, Brent D a, Runeson B. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 514–23.
 17. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological review.* 2010;117(2):575-600. doi:10.1037/a0018697.
 18. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 475–82.
 19. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55: 295–300.
 20. Cox BJ, Enns MW, Clara IP. Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 209–19.

L. Rivas Arribas¹, P. García Cortázar², B. Grandío Sanjuán², C. Rozados Villaverde², M.O. Blanco Barca³ y C. Martínez Reglero⁴

¹Servicio de Pediatría del Hospital Provincial. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés. Pontevedra.

²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Xerencia de Xestión Integrada de Pontevedra e O Salnés. Pontevedra.

³Servicio de Neuropediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. Xerencia de xestión Integrada de Vigo.

⁴Unidad de Metodología y Estadística, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur. Vigo.

Correspondencia:

Lucía Rivas Arribas. Servicio de Pediatría, c/ Loureiro Crespo nº2, CP 36002, Pontevedra, España. Lucía.rivas.arribas@sergas.es

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

Attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD), Is the presumptive diagnosis carried out in Paediatric Primary Care maintained in Child and Adolescent Mental Health Unit?

RESUMEN

Introducción: El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes. Los pediatras de Atención Primaria (AP) reciben a menudo pacientes que presentan síntomas cardinales de esta entidad.

Objetivos: Analizar la concordancia entre la sospecha diagnóstica realizada en AP y el diagnóstico emitido en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se reclutaron 374 pacientes menores de 16 años, derivados a la USMIJ del área sanitaria de Pontevedra durante el año 2016. Se analizó el índice Kappa global y específico para los diferentes diagnósticos.

Resultados: De los 374 pacientes, 233 fueron remitidos con sospecha de TDAH, confirmándose el diagnóstico en 102 pacientes. El índice kappa global de concordancia es de 0.29. En general para la mayoría de los diagnósticos la concordancia fue débil. La concordancia fue buena para el Trastorno del espectro autista (0.61) y muy buena para el Trastorno de conducta alimentaria (1.00). En relación al TDAH, la sensibilidad fue del 95.33% (índice de confianza (IC) 95% 90.86-99.79), la especificidad del 50.94% (IC95% 44.75-57.12), valor predictivo positivo

del 43.78% (IC95% 37.19-50.36), y valor predictivo negativo del 96.45% (IC95% 93.05-99.86).

Conclusiones: La concordancia obtenida entre AP y la USMIJ es baja en nuestra área sanitaria. La correlación diagnóstica medida con el índice kappa es débil para el TDAH, sin embargo, es buena tanto para el diagnóstico del Trastorno del espectro autista como para los trastornos de conducta alimentaria. La validez diagnóstica para TDAH es moderada, con una sensibilidad alta y una especificidad baja.

Palabras clave: Atención primaria pediátrica. Concordancia diagnóstica. Salud mental. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

ABSTRACT

Introduction: ADHD is one of the most common neurodevelopmental disorders. Primary care (PC) pediatricians often receive patients who show cardinal symptoms of this entity.

Objective: To analyze the concordance between the presumptive diagnosis performed in PC and the definitive diagnosis of the Child and Adolescent Mental Health Unit (CAMHU).

Materials and methods: Prospective descriptive

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

observational study in which 374 patients under 16 years were recruited from the CAMHU of Pontevedra health area during 2016. The Kappa index was analyzed globally and specific for the different diagnoses.

Results: 374 patients were included, 233 were referred with suspected ADHD, confirming the diagnosis in 102 patients. The global kappa concordance index is 0.29. For most diagnoses, agreement was weak. Concordance was good for Autism (0.61) and very good for Eating Disorder (1.00). For ADHD, the sensitivity was 95.33% (95% confidence interval (CI) 90.86-99.79), specificity 50.94% (CI95% 44.75-57.12), positive predictive value 43.78% (CI95% 37.19-50.36) and negative predictive value 96.45% (95% CI 93.05-99.86).

Conclusions: The concordance obtained between PC and CAMHU is low in our health area. The diagnostic concordance measured with the kappa index is weak for ADHD, however, it is good for both autism and eating disorders. The diagnostic validity for ADHD is moderate, with a high sensitivity and low specificity.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnostic concordance. Mental health. Paediatric primary care.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por una alteración del funcionamiento del sistema nervioso y de la maduración cerebral, que se expresan de forma diferente en las distintas etapas del crecimiento. Entre ellos se encuentran la discapacidad intelectual, el trastorno del espectro autista, el TDAH, el trastorno específico del aprendizaje, etc.

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en la edad pediátrica. Los pacientes con TDAH a menudo presentan alteración tanto en su rendimiento escolar, como en su bienestar y en la capacidad de relación social con otros niños.

El pediatra de atención primaria (AP) debe evaluar la posible presencia de TDAH en cualquier niño que presente problemas de comportamiento, de rendimiento escolar o que tenga síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad (1).

El diagnóstico de TDAH es clínico, se realiza en base al cumplimiento de los criterios diagnósticos de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (2) o del Manual of Mental Disorders (DSM

5) de la Academia Americana de Psiquiatría (3). Aunque existen diferentes escalas que pueden orientar hacia el diagnóstico de TDAH, no existe ninguna prueba objetiva que podamos realizar en consulta para determinar si el paciente padece esta entidad o no.

Un paciente con TDAH puede ser diagnosticado por su pediatra de AP, por el neuropediatra o por un psiquiatra infantil. Si se sospecha un TDAH con presencia de comorbilidades, el pediatra de AP valorará derivar al paciente a neuropediatría o psiquiatría infantil, dependiendo de las características de cada niño y del tipo de comorbilidad que se sospeche (4).

Dada la existencia de criterios diagnósticos diferentes y cambiantes en las sucesivas ediciones de las clasificaciones internacionales (Ej. DSM IV y DSM 5), y la posibilidad de ser diagnosticado en diferentes niveles asistenciales, no es de extrañar que en los estudios publicados existan diferencias para el porcentaje de prevalencia estimado de esta entidad. En la literatura encontramos prevalencias de TDAH del 8.6% en Estados Unidos (5,6), y cifras en torno a 6.8% en estudios realizados en España (7).

Para intentar unificar criterios, muchos países han redactado Guías de Práctica Clínica para consensuar el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del TDAH en la infancia y en la adolescencia (1,8,9,10,11).

En general, la prevalencia de los problemas de salud mental ha aumentado durante los últimos años en la edad pediátrica. Estos problemas generan un impacto negativo en el niño, su familia y la comunidad. Por todo ello, el pediatra de AP tiene la difícil tarea de detectar a los niños con sospecha de problemas de salud mental y derivarlos a atención especializada cuando sea preciso (12).

La realización de un diagnóstico correcto temprano es de vital importancia, ya que permite la implantación de tratamiento precoz, de medidas psicopedagógicas en los casos necesarios, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Por otra parte, estas medidas tempranas podrían modificar el curso de la enfermedad y evitar en cierto modo la aparición de complicaciones en edades posteriores como la adicción a sustancias y el suicidio entre otras.

Actualmente, no disponemos muchos estudios sobre la concordancia diagnóstica entre pediatría y psiquiatría infantil. En España en los últimos años se han realizado solamente dos estudios que evalúen la concordancia diagnóstica entre los dos niveles asistenciales en edad pediátrica (13,14).

Por ello, hemos realizado una investigación sobre

el grado de acuerdo en el diagnóstico de los pacientes derivados a psiquiatría infantil desde AP y sobre la validez diagnóstica del TDAH.

OBJETIVOS

Proporcionar un análisis de la concordancia entre la sospecha diagnóstica realizada desde el pediatra AP y el diagnóstico definitivo emitido por el psiquiatra en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) del área socio-sanitaria de Pontevedra. Se analizará la concordancia global y la específica entre los distintos diagnósticos.

Analizar el índice de validez del diagnóstico clínico de TDAH realizado en AP (sensibilidad, especificidad y valores predictivos).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de Galicia y cumple con la declaración de Helsinki. El consentimiento informado fue firmado por los tutores legales y por los pacientes mayores de 11 años.

Se incluyó a los pacientes menores de 16 años, derivados de forma consecutiva durante el año 2016, desde el pediatra de Atención Primaria al psiquiatra de la USMIJ del área sanitaria de Pontevedra. Se excluyeron los pacientes que no acudían por primera vez a consulta (o que hacía menos de un año del alta de la USMIJ), a los pacientes que no acudieron a la primera visita, los que no tenían historia clínica completa en el sistema sanitario, y a aquellos que no hubieran firmado el consentimiento informado.

Finalmente, se obtuvo una muestra de 374 pacientes. Se diseñó una hoja de recogida de datos donde se incluyeron como variables de estudio: edad, sexo, antecedentes perinatales, situación familiar, adopción, tipo de escolarización, diagnóstico de sospecha realizado por el pediatra en atención primaria y el diagnóstico definitivo realizado por el psiquiatra de la USMIJ.

La USMIJ del área sanitaria de Pontevedra está dotada de dos psiquiatras con amplia experiencia en psiquiatría infantil, una psicóloga clínica y una trabajadora social. Se consideró el diagnóstico definitivo el realizado por alguna de las dos psiquiatras en las dos primeras consultas del paciente en la unidad. Para ello fueron utilizados los criterios diagnósticos de la clasificación CIE-10.

Para estimar la validez del diagnóstico de TDAH se compararon los diagnósticos de sospecha realizados desde la consulta del pediatra en atención primaria con los diagnósticos definitivos realizados por las psiquiatras infantiles como diagnóstico de referencia.

Los pacientes que no fueron remitidos por sospecha de TDAH fueron agrupados en las siguientes categorías diagnósticas: trastorno emocional, reacciones a estrés/trastorno de adaptación, trastornos del aprendizaje, trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de conducta, retraso madurativo/dificultad cognitiva, trastorno de la conducta alimentaria y otros. En esta última categoría se incluyen: mutismo selectivo, abuso de sustancias, trastorno por Tics, trastorno del sueño, encopresis, trastorno específico del lenguaje y sospecha de personalidad disfuncional.

La recogida de datos se realizó a través del programa informático del Servicio Gallego de Salud: IANUS, manteniendo la confidencialidad de los datos de los sujetos en todo momento.

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 19. Para el cálculo del intervalo de confianza se utilizó el programa Epidat versión 3.1.

Por una parte, las variables cualitativas se describen con su frecuencia absoluta y porcentaje. Las variables cuantitativas se describen con su media y desviación estándar.

Se calculó el índice de concordancia Kappa global y para las diferentes categorías diagnósticas, entre los diagnósticos realizados en el centro de salud y en la USMIJ. También se analizó el número de casos que coincidía el diagnóstico entre AP y USMIJ, es decir, el porcentaje de diagnósticos correctos realizados desde AP.

Para valorar la validez del diagnóstico de TDAH desde atención primaria, se calcularon los siguientes índices: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y el índice de validez.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 374 pacientes menores de 16 años. La edad media fue de 9.58 años, con una desviación típica de 5.45 y un IC 95% (9.03-10.14). La mayoría de los pacientes remitidos a la USMIJ eran varones (68.2%). Un 5.6% de los pacientes tenían antecedentes de prematuridad. En relación a la situación familiar, un 19.5% de las familias referían encontrarse en una situación de disfunción socio-familiar. De los 374

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

pacientes el 2.1% habían sido adoptados.

A nivel escolar, el 63.6% de los pacientes acudían a un centro público ya fuera colegio o instituto de educación secundaria. Se resumen las características clínico-epidemiológicas de la muestra en la Tabla 1.

Variable	
Edad media (sd)	9.58 (4.45)
Sexo n (%)	
Varones	255 (68.2%)
Mujeres	119 (31.8%)
A.Perinatales n (%)	
RN a término	327 (87.4%)
Prematuridad	21 (5.6%)
Situación familiar n (%)	
Normalizada	297 (79.4%)
Disfunción sociofamiliar	73 (19.5%)
Adopción n (%)	
No	364 (97.3%)
Sí	8 (2.1%)
Escolarización n (%)	
Pública	238 (63.6%)
Privada/concertada	87 (23.3%)
A. Perinatales = antecedentes perinatales.	

En relación al grado de acuerdo de los diferentes diagnósticos realizados entre ambos servicios, el índice

Diagnósticos	Kappa	IC 95%	P
TDAH	0.34	0.27-0.41	0.000
T. Emocional	0.37	0.20-0.54	0.000
T. Aprendizaje	0.11	-0.01-0.24	0.007
R. Madurativo/D. Cognitiva	0.21	0.05-0.38	0.000
R. Estrés/T. adaptación	0.30	0.08-0.52	0.000
T. del espectro autista	0.61	0.45-0.77	0.000
T. de la conducta	0.22	0.04-0.39	0.000
T. de la conducta alimentaria	1.00	1.00-1.00	0.000
Global	0.29	0.24-0.34	0.000
TDAH = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, T. = trastorno, R. Madurativo = retraso madurativo, D. cognitiva = dificultad cognitiva, R. estrés = reacción a estrés.			

Kappa global de concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y la USMIJ es de 0.29, lo que se corresponde con una concordancia débil para todos los diagnósticos considerados globalmente.

La concordancia específica para los diferentes tipos de diagnósticos se recoge en la tabla 2.

La concordancia diagnóstica es muy buena para los trastornos de conducta alimentaria, ya que de los 8 niños derivados con esta sospecha desde AP se confirmó el diagnóstico en el 100% de los casos (kappa 1.00).

En relación al Trastorno del espectro autista, la concordancia entre ambos niveles asistenciales es buena, con un índice kappa de 0.61.

Para la mayoría de las categorías diagnósticas la concordancia fue débil: trastorno emocional, retraso madurativo/dificultad cognitiva, reacción a estrés/trastorno de adaptación y trastorno de conducta. La concordancia fue pobre para el trastorno de aprendizaje (kappa 0.11).

En cuanto al TDAH, la concordancia fue débil, ya que el índice kappa es de 0.34. Debido a que se registró sólo el diagnóstico principal, y es conocido que el TDAH tiene muchas comorbilidades y que en ocasiones el trastorno del aprendizaje presenta un TDAH comórbido, analizamos también el índice kappa para la sospecha diagnóstica de TDAH o trastorno de aprendizaje con diagnóstico final de TDAH o trastorno de aprendizaje, obteniendo un resultado de 0.46, que se correspondería con una concordancia diagnóstica moderada.

Dada la dificultad del diagnóstico del TDAH en los niños preescolares (menores de 5 años) analizamos la concordancia diagnóstica exclusivamente de los niños mayores de 5 años que se remitían con sospecha diagnóstica de TDAH y que finalmente se confirmaba tanto el diagnóstico de TDAH o trastorno de aprendizaje. El índice kappa para los niños escolares es de 0.47, manteniéndose una concordancia moderada.

Analizamos el porcentaje de pacientes en los que se correspondía el diagnóstico de sospecha realizado en el centro de salud con el diagnóstico definitivo emitido en la USMIJ.

De los pacientes incluidos en el estudio, la mayoría (233 niños) fueron remitidos a la USMIJ por sospecha de presentar un TDAH. De estos 233 niños, el diagnóstico de TDAH se confirmó sólo en el 43.8% (102 niños).

También se diagnosticó de TDAH a 5 pacientes que habían sido derivados desde AP por otros motivos.

Finalmente 107 niños fueron diagnosticados de TDAH en la USMIJ. De este grupo, 102 niños habían sido detectados correctamente en AP, por lo tanto, podemos decir que el diagnóstico de sospecha de TDAH fue acertado desde AP en el 95.3% de los casos, ya que sólo 5 niños del total de 107 diagnosticados finalmente de TDAH en la USMIJ fueron derivados con otra sospecha diagnóstica.

En resumen, la realización en AP de un diagnóstico correcto fue poco frecuente, ya que, de los diferentes diagnósticos analizados, se diagnosticaron correctamente desde AP a más de la mitad de los niños remitidos por TDAH (95.3%), TEA (69.6%) y Trastorno de conducta (55.6%), obteniendo porcentajes inferiores al 50% para el resto de diagnósticos: trastorno emocional, reacciones a estrés/trastorno de adaptación, trastornos del aprendizaje, retraso madurativo/dificultad cognitiva.

Estos resultados se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3: Porcentaje de coincidencia diagnóstica entre AP y USMIJ.

Categorías diagnósticas	Diagnósticos		Confirmación diagnóstica sobre diagnóstico inicial en AP		Diagnóstico de sospecha correcto en AP
	AP (N)	USMIJ (N)	(N)	%	
TDAH	233	107	102	43.8	95.3
T. Emocional	25	32	12	48	37.5
R. Estrés/T. adaptación	12	18	5	41.7	27.8
T. aprendizaje	14	46	5	35.7	10.9
T. espectro autista	27	23	16	59.3	69.6
T. de conducta	31	9	5	16.1	55.6
R. madurativo/D. Cognitiva	5	37	5	100	13.5
Otros	27	44	27	100	7.2
Total	374	374	177		

TDAH = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, T. = trastorno, R. Madurativo = retraso madurativo, D. cognitiva = dificultad cognitiva, R. estrés = reacción a estrés.

Por último, se realizó la valoración de la validez del diagnóstico clínico de TDAH. Se obtuvieron los siguientes resultados: la sensibilidad fue del 95.33% (IC 95% 90.86-99.79), la especificidad del 50.94% (IC 95% 44.75-57.12), índice de validez 63.64% (IC 95% 58.63-68.65), valor predictivo positivo del 43.78% (IC

95% 37.19-50.36) y un valor predictivo negativo del 96.45% (IC 95% 93.05-99.86). Por tanto, se ha obtenido una validez diagnóstica moderada, con una sensibilidad muy buena, una especificidad baja, un valor predictivo positivo bajo y un valor predictivo negativo alto.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se ha obtenido una concordancia diagnóstica global débil entre los diagnósticos de sospecha de los diferentes trastornos realizados por los pediatras de AP y las psiquiatras de la USMIJ en nuestra área sanitaria.

En un estudio similar realizado en Navarra entre 2006 y 2007 (14), se obtuvo una concordancia global moderada, en una muestra de 207 pacientes. En este estudio obtuvieron concordancias muy buenas para los trastornos de eliminación y el trastorno de conducta alimentaria; en nuestro estudio los trastornos de eliminación por su baja frecuencia fueron englobados en la categoría diagnóstica “otros”, hallando una concordancia buena, y muy buena para los trastornos de conducta alimentaria.

En el estudio de Navarra obtienen una concordancia buena para TDAH.

En nuestra muestra, la concordancia para TDAH es débil. En un intento de dilucidar porqué la concordancia fue tan baja, se realizaron dos análisis complementarios.

Por una parte, sabemos que los pacientes con TDAH asocian frecuentemente otros problemas comórbidos, entre ellos pueden presentar un Trastorno del aprendizaje y viceversa (15,16). Hay que reseñar que, si un paciente tenía un TDAH comórbido, sólo se consideraba el diagnóstico principal. Por ejemplo, si un niño era remitido por sospecha de TDAH y finalmente se diagnosticaba de TEA con un TDAH comórbido, el paciente era catalogado de TEA. Como en muchas ocasiones los pacientes de nuestro estudio fueron remitidos a la USMIJ por sospecha de

TDAH por acusar como signo guía un bajo rendimiento escolar, realizamos un segundo análisis de concordancia englobando a los pacientes remitidos por sospecha de TDAH o trastorno de aprendizaje y valoramos la concordancia global para ambos diagnósticos. Agrupando las dos entidades obtuvimos una concordancia moderada.

L. Rivas Arribas, P. García Cortázar, B. Grandío Sanjuán, C. Rozados Villaverde, M.O. Blanco Barca y C. Martínez Reglero

Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), ¿se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil?

Del mismo modo, los pacientes preescolares (menores de 5 años) pueden presentar TDAH, pero también pueden presentar síntomas cardinales de TDAH (inatención, hiperactividad o impulsividad) en un grado normal para la edad, lo que puede llevar a confusión cuando los padres o el profesor solicitan valoración por dicha sintomatología (17,18). Por ello realizamos un tercer análisis de concordancia, excluyendo a los niños preescolares. En este caso, los niños escolares con sospecha de TDAH obtuvieron una concordancia diagnóstica moderada.

En nuestra área sanitaria, podemos concluir que la coincidencia en el diagnóstico de TDAH es débil, pero teniendo en cuenta la edad y la presencia de trastorno de aprendizaje comórbido, la concordancia mejora a un grado moderado.

En relación a la capacidad para realizar desde AP un diagnóstico correcto, podemos decir que fue baja. De los diferentes diagnósticos analizados, se diagnosticaron correctamente desde AP a más de la mitad de los niños remitidos por TDAH, TEA y Trastorno de conducta, obteniendo porcentajes inferiores al 50% para el resto de diagnósticos.

Los resultados globales son peores al compararlos con el estudio de Navarra.

En 2005 se realizó en Murcia un estudio para evaluar la validez del diagnóstico clínico del TDAH (13). Para ello, compararon las derivaciones realizadas por los pediatras de AP y los diagnósticos emitidos por el psiquiatra de la unidad de salud mental. Calcularon los índices de validez, obteniendo para el TDAH unos valores similares a los de nuestro estudio, con una sensibilidad mayor que la especificidad. Aunque su muestra incluía tan sólo 75 pacientes. En comparación a ese estudio, en nuestra muestra la sensibilidad y el valor predictivo negativo fueron mayores, para un total de 374 niños. Alcanzando al igual que en dicho estudio, una validez diagnóstica moderada.

Fuera de España, sólo hemos encontrado un artículo de 1987, en el que se evalúan las interconsultas hechas de pediatría a psiquiatría infantil. Este trabajo se realizó en Chile, incluyeron a 366 pacientes y obtuvieron una concordancia diagnóstica global alta, pero en ese estudio el resultado se expresa en porcentaje y no estiman el índice kappa (19).

Buscando en las bases de datos habituales en medicina, no hemos encontrado más estudios en edad pediátrica, que relacionen la concordancia diagnóstica entre

pediatría de AP y las USMIJ.

Fuera de la edad pediátrica, existe otro estudio realizado en Burgos en 2006 en el que se valora la concordancia entre AP y los Equipos de Salud Mental de adultos, en él obtuvieron un grado de concordancia pobre para un total de 1.132 derivaciones (20).

De manera similar a la psiquiatría infantil, pero en relación a la consulta de neuropediatría, en Zaragoza realizaron un estudio en 2008 sobre la calidad de las derivaciones desde AP. En esta provincia han protocolizado las derivaciones y han implantado un programa de formación sobre neuropediatría para los pediatras de AP (FOCUSS), con buenos resultados (21).

En Canadá y en EEUU (Boston) se han realizado proyectos de trabajo conjunto entre pediatras y psiquiatras infantiles. Estos proyectos incluyen además de formación, periodos de rotación clínica de pediatras con psiquiatras infantiles. Ambos especialistas encontraron enriquecedora la experiencia de trabajar juntos (22,23).

Hay que reseñar que es probable que nuestra búsqueda bibliográfica no haya sido muy exitosa porque en muchos países europeos la figura del pediatra de AP no existe. Por ello, en Irlanda recientemente han realizado una revisión bibliográfica sobre los conocimientos que los médicos de familia tienen sobre TDAH. La justificación de dicho estudio es que en muchos países son los médicos de familia los que tendrán que detectar en AP a los niños con sospecha de TDAH y en caso necesario derivarlos a la USMIJ. Finalmente, en esta revisión bibliográfica, incluyeron 10 estudios, en los que en general encuentran disparidad en la atención a los pacientes con TDAH, tanto en el diagnóstico como en el manejo ulterior (24).

Para evitar esta dispersión y en un intento de asegurar un seguimiento a largo plazo, en Escocia desde hace 15 años siguen un protocolo conjunto entre psiquiatría, pediatría, dietistas, psicólogos y enfermería especializada. En este protocolo la enfermería juega un papel importante en la realización de entrevistas en el seguimiento de niños con TDAH tratados farmacológicamente (25).

Es importante valorar adecuadamente el estado de salud mental de los niños, y detectar las alteraciones que puedan existir de manera precoz para dar una asistencia de calidad tanto a los niños como a sus familias (26).

En relación a nuestro estudio cabe destacar algunas ventajas, como el tamaño muestral, que se incluyan a pacientes remitidos de manera consecutiva, que limita la aparición de un posible sesgo de selección. También

que en el estudio se incluyan a los niños tanto de áreas urbanas como rurales.

Una limitación de nuestro trabajo sería que se incluyen sólo a los pacientes remitidos a la USMIJ, por lo que habrá niños diagnosticados de TDAH por su pediatra que no acuden a las consultas de la USMIJ. También, en relación a los resultados, para facilitar el análisis se agruparon algunos diagnósticos en categorías diagnósticas amplias, y se consideraron los datos que constaban en los volantes remitidos desde AP como diagnósticos y no como síntomas. Además, se consideró el diagnóstico principal de los pacientes, por lo que puede que el porcentaje de aciertos desde AP haya sido más bajo, por ejemplo, para el TDAH, ya que se consideraba el diagnóstico principal y no si padecía un TDAH comórbido.

Por último, cabe destacar que los pacientes no fueron remitidos sólo por el pediatra de AP, ya que en muchos centros de salud en nuestra área sanitaria trabajan puericultores (médicos de familia y otras especialidades distintas de la pediatría), lo que puede haber favorecido una concordancia menor.

CONCLUSIONES

La concordancia obtenida entre el pediatra de AP y la USMIJ es baja en nuestra área sanitaria. La correlación diagnóstica medida con el índice kappa es débil-moderada para el TDAH. Sin embargo, es buena tanto para el diagnóstico del Trastorno del espectro autista como para los trastornos de conducta alimentaria. La validez diagnóstica para TDAH es moderada, con una sensibilidad alta y una especificidad baja.

En general, existen pocos estudios que valoren la concordancia entre pediatría y las USMIJ.

La actuación conjunta de pediatras y psiquiatras en actividades formativas, sesiones clínicas, realización de protocolos o rotaciones conjuntas, podrían mejorar la coordinación entre ambos niveles asistenciales, lo que conllevaría a un mejor manejo en relación a la detección precoz, la calidad de derivación y el seguimiento de los pacientes con problemas de salud mental.

Consideramos fundamental fomentar la coordinación y colaboración profesional entre pediatras y psiquiatras que trabajan con niños y adolescentes. Este trabajo colaborativo favorecerá una mejora en la atención a la infancia, base del desarrollo del adulto y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical Practice Guideline. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* 2011; 128: 1007-22.
2. Gutiérrez Miras, MG. Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Edición; 2000. p. 204-207.
3. Ayuso JL, Vieta E, Arango C. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Sección II. 5ª Edición; 2014. p. 59-66.
4. Viesser SN, Zablotsky B, Holbroock JR, et al. Diagnostic experiences of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *National Health Statistics Reports* 2015; 81: 1-7.
5. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, et al. Prevalence, recognition, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161: 837-864.
6. Merikangas KR, He JP, Brody D, et al. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics* 2010; 125: 75-81.
7. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, et al. Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 168.
8. O'Brien JM, Christner JG, et al. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. National Guideline Clearinghouse 2013.
9. Taylor E, Döfner M, Asherson P, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 (S1).
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, Young people and adults. Issued September 2008, last modified March 2013. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG072>

11. Alda Díez JA, Boix Lluch C, Colomé Roura R, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. 2010.
12. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, et al. Mental health surveillance among children – United States, 2005-2011. Centers for disease control and prevention MMWR 2013; 62 (No 2).
13. Morán Sánchez I, Navarro Mateu F, Robles Sánchez F, et al. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. Aten Primaria 2008; 40: 29-33.
14. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, et al. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. An Sst Sanit Navar 2009; 32: 161-168.
15. Pastor PN, Reuben CA. Diagnosed Attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004-2006. Vital Health Stat 10. 2008; 237: 1-14.
16. Feldman HM, Reiff MI. Attention deficit-hyperactivity disorder in children and adolescents. N Engl J Med 2014; 370: 838-846.
17. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-248.
18. Wilms Floet AM, Scheiner C, Grossman L. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics in Review 2010; 31 (No 2).
19. Escobar MC, de la Barra F, Verdugo C, et al. Interconsultas de pediatría a psiquiatría infantil. Rev Chil Pediatr 1987; 5B(5): 368-373.
20. Martín-Jurado A, de la Gándara Martín JJ, Castro Carbajo S, et al. Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. Semergen 2012; 38: 354-359.
21. López-Pisón J, Pérez-Delgado R, García-Oguiza A, et al. Neuropediatría y atención primaria. Nuestra experiencia en el siglo XXI. Rev Neurol 2008; 47(S1): S45-S53.
22. Spenser HR, Gillies A, Maysenhoelder H. The CHAT Project: Paediatricians and mental health clinicians: working together for the sake of the children. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2009; 18: 2.
23. Ross WJ, Chan E, Harris SK, et al. Pediatrician-psychiatrist collaboration to care for children with attention deficit hyperactivity disorder, depression, and anxiety. Clinical Pediatrics 2011; 50: 37-43.
24. Tatlow-Golden M, Prihodova L, Gavin B, et al. What do general practitioners know about ADHD? Attitudes and knowledge among first-contact gatekeepers: systematic narrative review. BMC Family Practice 2016; 17: 129.
25. Coghill D, Seth S. Effective management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) through structured re-assessment: the Dundee ADHD clinical care pathway. Child Adolesc Psychiatry MEnt Health 2015; 9: 52.
26. Clinton J, Feller AF, Williams RC. The importance of infant mental health. Paediatr Child Health 2016; 21 (No 5).

P Latorre Forcén, A Barrera Francés.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

Correspondencia:

Hospital Clínico Universitario
Lozano Blesa de Zaragoza.
platorref@gmail.com

Trastornos de la conducta alimentaria en el deporte: detección y prevención. A propósito de un caso

Eating disorders in sport: detection and prevention. About a case

RESUMEN

Se ha objetivado un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios en los deportistas, sobre todo en las mujeres. Como factores de riesgo predisponentes destacan la edad (13-20) y la obesidad materna; entre los precipitantes, las críticas sobre el cuerpo; y como factor perpetuante, la consecuencia de la inanición (retraso menstrual superior a 3 meses). Debido a la gravedad de este trastorno, es fundamental realizar una adecuada detección y prevención. En este contexto, describimos un caso clínico como referencia para profundizar en esta patología muy relacionada con el ámbito deportivo.

Palabras clave: trastornos de conducta alimentaria, deporte, mujeres

ABSTRACT

There has been an increased risk of eating disorders in athletes, especially in women. Predisposing risk factors include age (13-20) and maternal obesity; among precipitants, criticism of the body and as a perpetuating factor, the consequence of starvation (menstrual delay of more than 3 months). Due to the severity of this disorder, adequate detection and prevention is essential. In this context, we describe a clinical case as a reference to deepen this pathology closely related to the sports field.

Key words: eating disorders, sports, women

INTRODUCCIÓN

“Nadie puede ser feliz si no se aprecia a sí mismo”
Jean Jacques Rousseau.

El siguiente caso trata de una paciente de 15 años que acude a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de nuestro hospital derivada desde el Servicio de Urgencias por clínica compatible con el diagnóstico de Anorexia nerviosa de tipo restrictivo de varios meses de evolución, en contexto de cese de la actividad física a raíz de una lesión.

Nos ha parecido relevante abordar este tema, ya que el mayor riesgo de desarrollar un trastorno alimentario entre los deportistas ha sido ampliamente estudiado. Con la presentación de este caso clínico queremos poner de relevancia la necesidad de realizar una adecuada detección y prevención para evitar que lleguen a desarrollarla.

ANTECEDENTES

Tanto la paciente como su madre niegan antecedentes psiquiátricos personales ni familiares de interés.

Como antecedentes médicos familiares, destacar que su madre presenta obesidad.

Psicobiografía: padres separados desde que la paciente tenía 3 años. Su madre dispone de su custodia con visitas a su padre cada dos semanas. Tiene una hermana de 11 años. En el domicilio familiar residen su madre, la pareja

de ésta desde hace 9 años y su hermana, manteniendo una adecuada dinámica familiar. Verbaliza no mantener una buena relación con su padre ni con la familia de este, a diferencia de su hermana pequeña. Identifica como persona de referencia a su madre. Tanto como su madre como la pareja de ésta se encuentran activos laboralmente.

Describen desarrollo psicomotor dentro de la normalidad, consiguiendo alcanzar hitos sin ninguna dificultad. Tampoco relatan problemas en la alimentación, sueño, aprendizaje ni lenguaje.

Actualmente, estudia 4º de la ESO con buen rendimiento académico y adecuada relación con el resto de iguales. Juega a baloncesto varias veces por semana con elevado nivel de exigencia.

Se define como una persona que “me exijo mucho a mí misma... no me gusta expresar mis sentimientos con la gente, salvo con mi familia...”

ANAMNESIS

La paciente acude a nuestra Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria remitida desde el Servicio de Urgencias donde fue derivada por su Médico de Atención Primaria por disminución de la ingesta y pérdida abrupta de peso (4 kgs de peso en los últimos 7 días, sumados a los 14 kgs perdidos en los 3 últimos meses).

En el episodio actual, la paciente refiere que tras presentar una lesión en el tobillo durante un partido de baloncesto, para seguir manteniendo una forma física “adecuada” debido a que tenía que permanecer en reposo, sin realizar ninguna actividad física, decidió “cerrar la boca para no engordar y que el equipo pudiera seguir contando conmigo... no quería perder mi forma física, ni quería recuperar los kilos que había perdido... al final hacía ejercicio por mi cuenta y dejé de comer... adelgacé 4 kilos en una semana”.

Describe que después de sufrir la lesión, comenzó a querer perder peso, ya que sus compañeras de equipo “hablaban de calorías y comencé a fijarme más en lo que comía...”

Según su familia, apenas comía alimentos sólidos, sólo agua o té, y estos meses previos “cuando comía algo o bebía agua, se pesaba para ver cuánto había engordado”. Coincidiendo con el inicio de la disminución en la ingesta, la paciente ha comenzado a estar más retraída

e irritable, presentando aislamiento social y un discurso centrado en dismorfofobia corporal y control de peso y alimentación (“antes era una chica alegre, siempre estaba haciendo bromas, pero ahora no se puede hablar con ella... tiene muy mal humor”).

Al llegar a la Unidad, la paciente presentaba un IMC de 15,47 y amenorrea de más de 6 meses de evolución.

Relata que en el colegio previamente se metían con ella por su físico (presentaba sobrepeso) “me llamaban gorda desde infantil a 1ª de la ESO...”, por ello su pediatra “me puso a dieta con 11 años, adelgacé 13kgs, pero luego los volví a recuperar...”. Refiere que tras la lesión cuando adelgazó 14kgs, “todo el mundo me decía lo bien que estaba...”

EXPLORACIONES

Exploración psicopatológica

La paciente se encuentra consciente, alerta y bien orientada, auto y alopsíquicamente. Parcialmente colaboradora. Se objetiva marcada delgadez. Sin alteraciones en el habla ni curso del pensamiento. Discurso coherente y organizado, centrado en control de las ingestas (calorías, cantidad...). No se objetiva clínica ansiosa, afectiva mayor ni psicótica, si bien se aprecia en primer plano una disminución en la reactividad emocional, con incremento de la irritabilidad y aislamiento social. Dismorfofobia corporal. Normosomnia. Hiporexia con restricción alimentaria y pérdida ponderal, con conductas compensatorias en forma de aumento de la actividad física, pero sin presentar conductas purgativas. Niega presentar ideación autolítica ni autolesiva. Nula conciencia de enfermedad. Juicio de realidad conservado.

Pruebas complementarias:

- Analítica general: sin alteraciones significativas.
- WISC-IV: CI total de 75.
- CEDI: depresión moderada.
- RSE: Autoestima baja
- MACI: sentimientos de ansiedad.

Diagnóstico

- Anorexia nerviosa restrictiva (F 50.0 de la CIE-10).

TRATAMIENTO

Se trabajó con la paciente psicoterapia cognitivo-conductual, psicoeducación tanto con ella como con su familia, entrevista motivacional, y finalmente se instauró tratamiento psicofarmacológico con fluoxetina.

EVOLUCIÓN

Al inicio de su llegada a la Unidad, la paciente presentaba una actitud oposicionista, marcada irritabilidad, con escasa conciencia de enfermedad e importante dismorfofobia corporal. Se inició terapia cognitivo-conductual intensiva con buena respuesta, y con adecuada motivación, ya que la paciente ha presentado una evolución favorable, manifestando un buen insight, capacidad de introspección, y realizando crítica de lo sucedido (“quiero volver a ser la de antes... no me veo bien tan delgada... quiero ganar peso...”), cediendo dismorfofobia corporal y mejorando clínica afectiva hasta alcanzar la eutimia. Dicha mejoría fue corroborada por su familia; transcurridas dos semanas de intervención psicoterapéutica, la paciente comenzó a aumentar ingestas y “a esforzarse... además ha vuelto a sonreír”).

Posteriormente, transcurridas tres semanas, la paciente inició conductas de aumento de ingestas en relación a incremento de ansiedad “he pasado de no comer a no poder controlarme y comer solo dulces...”. Se instauró tratamiento con fluoxetina hasta dosis de 40mg/día, con buena respuesta y tolerabilidad para controlar conductas impulsivas con la comida.

Asimismo, recuperó la menstruación y su peso previo, pudiendo retomar actividad deportiva.

Paralelamente, se realizó psicoeducación en relación a la actividad deportiva desmitificando la “necesidad” de permanecer en un bajo peso para estar en forma, favoreciendo hábitos de vida y dietéticos saludables.

DISCUSIÓN

Según estudios realizados, se ha objetivado un mayor riesgo de presentar trastornos alimentarios en los deportistas en comparación con aquellos que no lo realizan, considerando en ocasiones a la práctica deportiva como una profesión de riesgo, al exigir a sus deportistas tener bajo peso.

A lo largo de las últimas décadas se ha observado un creciente aumento en la prevalencia de anorexia

nerviosa (AN) en la población adolescente, que oscila entre el 0,5 y un 1% afectando, en más del 90% de los casos a mujeres (1). De forma paralela cada vez son más las mujeres preocupadas por su aspecto físico que practican deporte y por tanto, también son más las que pueden verse afectadas por este problema. Este hecho tiene gran relevancia ya que los pacientes con anorexia nerviosa tienen una tasa de mortalidad seis veces mayor al estándar de la población general, con un elevado riesgo de mortalidad a largo plazo (20% a los 20 años), una baja tasa de recuperación, una co-morbilidad alta y un elevado riesgo de recaídas.

La mayoría de los estudios afirman que en el ámbito deportivo se refleja una prevalencia de TCA (13,5%) superior a la hallada en la población general (4,6%), especialmente para determinadas especialidades deportivas. Basándonos en dos estudios realizados en España en la población de mayor riesgo, mujeres de 12 a 21 años se encontró una prevalencia de TCA del 4,1% al 6,41% y una incidencia de 23%, cinco veces superior a la de la población general.

En cuanto a la etiopatogenia, se puede hacer mención a algunos de los múltiples factores de riesgo implicados y diferentes desencadenantes, como hacer dieta para bajar de peso, recibir comentarios críticos sobre el aspecto físico o padecer cambios en la redistribución de la grasa durante la pubertad, por lo que la hipótesis de una causa única queda prácticamente descartada. Asimismo, se encuentran los llamados modelos de relación causal, Modelo de anorexia propuesto por Epling y Pierce según el cual la realización de un ejercicio físico intenso desencadenaría una respuesta hormonal supresora del apetito, con alteraciones en los niveles de hormonas leptina y adiponectina, relacionadas con el apetito y la saciedad, por lo que un exceso de entrenamiento conlleva una disminución del aporte calórico favoreciendo la aparición de desórdenes alimentarios.

Numerosos estudios llevados a cabo en las últimas décadas han puesto de relieve la elevada actividad física como un rasgo común en la mayoría de los pacientes diagnosticados con AN, cuya resistencia a guardar reposo complica su tratamiento.

Se ha determinado que los factores predisponentes en los TCA pueden ser genéticos, sociales, biológicos y psíquicos que interactuarían entre sí contribuyendo al desarrollo de estas patologías (modelo biopsicosocial).

Entre los factores de riesgo predisponentes destacan la edad (13-20) y la obesidad materna; entre los precipitantes, las críticas sobre el cuerpo; y como factor perpetuante, la consecuencia de la inanición (retraso menstrual superior 3 meses). Todos estos factores son cumplidos por la paciente que hemos descrito en el caso anterior.

Además se han descrito otros factores (2) como la presión social que demanda un ideal estético de belleza basado en la delgadez, las presiones de los compañeros del equipo (es fundamental el papel que ejerce el grupo de iguales sobre la percepción corporal y la preocupación por el peso), la presión del deporte (preocupación por el peso y la figura), las características psicológicas del deportista: la vulnerabilidad (perfeccionismo, compulsividad, elevadas expectativas tanto del deportista como de los demás sobre él) y la presión del entrenador (dar excesiva importancia al peso).

La práctica totalidad de los estudios (5) en los que se ha realizado una revisión sobre el tema coinciden en que una adecuada información nutricional de base constituye una herramienta muy útil en la prevención de este tipo de trastornos, desmitificando lo relacionado con la imagen corporal y el peso con respecto al mundo deportivo. Se debería ampliar el conocimiento sobre una nutrición saludable, así como de los criterios diagnósticos de estos trastornos para poder reconocerlos e identificarlos a la mayor brevedad dirigidos a aquellas personas relacionadas con el mundo deportivo (entrenadores, deportistas, familiares...).

Los médicos relacionados con el deporte (3) deberían de estar concienciados y disponer del conocimiento adecuado para la detección de dicha patología, ya que desempeñan un papel fundamental en la toma de decisiones, realizando un cribado de este tipo de trastornos y de las consecuencias físicas derivadas de éstos. En la actualidad (6), los exámenes médicos realizados a deportistas no contienen herramientas para detectar estos trastornos, por lo que sería aconsejable añadirlos con el fin de mejorar su detección. En caso de detectar un caso, sería recomendable que el paciente recibiera un tratamiento multidisciplinar.

Individuos con síntomas muy leves y que no reúnen los criterios de inclusión (1), pueden sufrir trastornos de este tipo si no llegan a corregir unos hábitos alimentarios erróneos. Es lo que se conoce como desórdenes alimentarios subclínicos recientemente identificados en

atletas femeninas y que deberían igualmente ser objeto de seguimiento, en aras a contribuir a un mayor control y prevención de esta enfermedad.

Para ello (4), se ha estudiado que los programas educativos/psicoeducación son el mejor método de prevención primaria de los trastornos alimentarios. Como prevención secundaria, una rápida detección de los síntomas es esencial y debería hacerse por exámenes previos, la identificación de estilos de dietas o marcadores dietéticos y el uso de cuestionarios validados o de entrevistas clínicas.

La implantación de Programas de intervención para deportistas en los que se ha combinado educación en nutrición y prevención de TCA han puesto de manifiesto una mejora de los conocimientos nutricionales y una disminución de las conductas alimentarias anormales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres V, Ruiz JC, et al. Prevención en salud pública: Anorexia nerviosa en mujeres deportistas. *Hig Sanid Ambient* 2013; 13: 1108-1121.
2. Díaz I. Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. Cuadernos de Psicología del Deporte Dirección General de Deporte-CARM. 2005. Vol. 5, núms. 1 y 2 Facultad de Psicología ISSN: 1578-8423.
3. Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares Ede A. Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med* 2014; 5: 105-13. doi: 10.2147/OAJSM.S36528.
4. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med* 2016; 50: 154-62. doi: 10.1136/bjsports-2015-095735.
5. McLester CN, Hardin R, Hoppe S. Susceptibility to eating disorders among collegiate female student-athletes. *J Athl Train* 2014; 49(3):406-10. doi: 10.4085/1062-6050-49.2.16. Epub 2014 Apr 24.
6. Wagner AJ, Erickson CD, Tierney DK, Houston MN, Welch CE. The Diagnostic Accuracy of Screening Tools to Detect Eating Disorders Among Female Athletes. *J Sport Rehabil* 2016; 25: 395-398.

**A. Fernandes Abreu, C. Nuñez Sande, B. Pinal
Fernández, B. Martínez Alonso.**

XXIV Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro, Servicio de
Psiquiatría, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Correspondencia:

Dra. Belén Martínez Alonso
Servicio de Psiquiatría,
Hospital Álvaro Cunqueiro (XXIV Vigo)
Estrada Clara Campoamor, 341,
36212 Vigo, Pontevedra
maria.belen.martinez.alonso@sergas.es

*La disociación en niños y
adolescentes: la variabilidad
en la expresión clínica a
propósito de dos casos*

*Dissociation in children and
adolescents: the variability
in clinical expression in
relation to two cases*

RESUMEN

El término disociación ha pasado de constituir una entidad nosológica a ser relegado a un síntoma, apareciendo disgregado en las diferentes clasificaciones internacionales actuales, lo que lo lleva a ser un concepto teórico, confuso y generador de controversia. El diagnóstico por exclusión que esto implica, hace que sea un trastorno infradiagnosticado en la práctica clínica, lo que trae consigo la escasez de publicaciones, especialmente en población infanto-juvenil. Se debe entender cómo la respuesta a un fenómeno postraumático expresándose clínicamente dependiendo de la propia resiliencia del sujeto. Se exponen dos casos clínicos contrapuestos (disociación mente-mente vs mente-cuerpo) que han necesitado ingreso hospitalario. Se precisarían más publicaciones sobre esta patología, para ofrecer a los clínicos un enfoque amplio que facilite el diagnóstico de la disociación como entidad mórbida y no únicamente como diagnóstico de exclusión, así como su tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: disociativo, post-traumático, teoría disociación estructural.

ABSTRACT

The term dissociation has gone from being a nosological conception to being relegated to a symptom, appearing

nowadays, disintegrated into different international classifications, which leads to a theoretical, confusing and controversial concept generator. The diagnosis of exclusion that this entails, makes it an underdiagnosed disorder in clinical practice, which brings about the shortage of publications, especially in child population. It should be understood as the response to a post-traumatic phenomenon, variably expressed depending on the resiliency of the subject. We expose two counterposed clinical cases (mind-mind vs mind-body dissociation) that needed hospitalization. More publications focused on this disease are needed to offer clinicians a wide focus to help on diagnosis, treatment and prognosis as a disorder and not being only an exclusion-diagnosis syndrome.

Keywords: dissociative, post-traumatic, structural dissociation theory.

INTRODUCCIÓN

La disociación constituye, en la actualidad, un concepto teórico, confuso y generador de controversia. Por un lado, el término “disociación” se utiliza en la literatura para designar conceptos diferentes en el que se incluyen síntomas, mecanismos psíquicos y trastornos mentales, lo que podemos ver reflejado en el uso de este término en las distintas clasificaciones internacionales (Tabla 1). Por

otro los fenómenos disociativos no necesariamente son todos patológicos, estando inmersos en un “continuum” desde la normalidad.

El fenómeno de la Disociación se ha intentado definir desde diversos marcos teóricos, a nivel conceptual, etiopatogénico y clínico. Las dificultades en el concepto y su delimitación clínica como una entidad polimórfica, se traducen en el cuestionamiento de su validez nosológica y han generado una gran variabilidad a nivel de estimación epidemiológica (1,2).

Una nueva concepción de la Disociación, es la recogida por González-Vázquez (3), partiendo de la Teoría de la Disociación Estructural propuesta por Van der Hart (4); Este autor plantea la disociación como un mecanismo vertical en el que los estados mentales no se diferencian por el mayor o menor nivel de conciencia, pudiendo coexistir sistemas mentales separados. Sería la disociación entendida como fragmentación y como fenómeno postraumático, que es la concepción más ampliamente desarrollada en el momento actual.

Otro mecanismo disociativo sería la escisión horizontal en la que existirían “niveles” de contenidos conscientes (el sujeto puede acceder libremente) y otros en un plano más soterrado (de difícil acceso, represión), comprensible desde las teorías psicoanalíticas (5).

Estudios que abordan el riesgo de presentar síntomas disociativos incluyen a las personas expuestas al estrés, las mujeres y los niños, como los grupos más vulnerables. La mayor parte de la literatura apunta a los antecedentes de vivencias traumáticas (postraumáticos) como uno de los factores más claros de vulnerabilidad individual, y que aumenta sustancialmente el riesgo de victimización posterior (6). Las experiencias infantiles estresoras precoces podrían generar una disfunción y cambios estables en distintos sistemas reguladores neuroendocrinos como el eje hipofisario-suprarrenal, cambios estructurales a nivel del sistema nervioso central, con traducción en la organización, desarrollo y funcionamiento psicológico del niño y posterior adulto. Diversos autores (7,8) han relacionado el patrón de apego desorganizado-desorientado con los trastornos disociativos.

En la práctica clínica se debe prestar especial atención a la sintomatología, sin olvidar la historia sociobiográfica, ya que la no consideración de sucesos traumáticos previos podrían llevar a un diagnóstico diferencial erróneo.

En la literatura no se recogen diferencias significativas

a nivel de criterios diagnósticos en niños frente a los adultos, si bien la expresividad clínica varía conforme a la edad. Los síntomas disociativos se agrupan en tres grandes bloques: amnesia, desrealización/despersonalización y confusión/alteración de identidad (Steinberg) (9). Las partes disociadas se manifestarían en forma de síntomas negativos (anestesia, amnesia) y positivos (pseudocrisis, flashbacks, alucinaciones auditivas).

En lo niños pueden presentarse conductas regresivas, pérdida de interés por las actividades que antes realizaban, cambios en la modalidad de sus juegos, y un mayor número de síntomas físicos que los adultos (cefalea, cansancio, dolor abdominal y molestias respiratorias subjetivas). En la clínica se diferencia la dualidad de la disociación en mente-mente (disociación psicológica) y mente-cuerpo (disociación somatoforme).

Centrándonos en las características de los fenómenos disociativos y las posibles especificidades de este cuadro en niños y adolescentes, se exponen dos casos clínicos de dos pacientes (preadolescente y adolescente) atendidos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de nuestro Servicio de Psiquiatría, ambos con clínica disociativa, que precisaron ingreso en la Unidad de Hospitalización, resaltando la importancia de su identificación, dificultades diagnósticas, de abordaje y tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Disociación MENTE-MENTE

Cuadro que motiva su ingreso

Paciente de 15 años, de nacionalidad francesa, que ingresa en el Servicio de Psiquiatría para estudio y tratamiento de un cuadro agudo a los pocos días de iniciar su estancia académica en España. En los dos primeros días muestra una buena adaptación, hasta que se inicia, de forma aguda, un cuadro con sensación de cansancio, astenia y agotamiento, con deseos de dormir, quejas de cefalea, permaneciendo en el domicilio de la familia de acogida sin salir. Progresivamente se van sumando al cuadro inicial insomnio, con inquietud psicomotriz, conductas y movimientos estereotipados repetitivos sin funcionalidad (tocamientos de cuerpo y cara, apertura de boca, a modo vocalizaciones forzadas pero sin emitir sonido alguno, abrir y cerrar cajones, se prueba collares y pulseras...). Insomnio pertinaz previo al ingreso. Acude

"Disociación" en las clasificaciones internacionales			
	CIE - 10	CFTMAE-R-2000	DSM 5
Predominio síntomas disociativos	Trastornos disociativos (de conversión) (F44) <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa (F44.0) • Fuga disociativa (F44.1) • Estupor disociativo (F44.2) • Trastornos de trance y posesión (F44.3) Otros (F44.8) <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Ganser (F44.80) • Trastorno de personalidad múltiple (F44.81) 	Trastornos neuróticos con preponderancia histórica(2.0): Síndrome de Briquet Ciertas personalidades múltiples	Trastornos disociativos: <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de identidad disociativo (300.14) • Amnesia disociativa (300.12) • Amnesia con fuga disociativa (300.13) • Trastorno de despersonalización/ desrealización (300.6) • Otro • trastorno disociativo especificado (300.15) • Síndromes crónicos y recurrentes de los síntomas disociativos mixtos • Alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva intensa y prolongada • Reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes • Trance disociativo • Trastorno disociativo no especificado (300.15)
	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno disociativo transitorio (conversión en la infancia o adolescencia) (F44.82)* • Trastorno disociativo de conversión mixto (F44.7) • Trastorno disociativo de conversión sin especificación (F44.9) 		
Predominio síntomas conversión	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de la motilidad (F44.4) • Convulsiones disociativas (F44.5) • Anestias y pérdidas sensoriales disociativas (F44.6) 	Trastornos neuróticos con perturbaciones predominantes de las funciones instrumentales (2.7): <ul style="list-style-type: none"> • Disarmonías neuróticas 	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (1) <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión (Trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (300.11)
	Nota: excluye despersonalización y desrealización por considerar que afectan de forma limitada y no pérdida funcional (F48.1). Incluido en Otros trastornos neuróticos (F48)		(1)Nota: En DSM IV Trastornos somatomorfos <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de conversión • con síntoma o déficit motor con convulsiones y crisis • con síntoma o déficit sensorial de presentación mixta
Tabla 1: Disociación en las clasificaciones internacionales *Diagnóstico establecido en casos expuestos			

a Urgencias en Estado semimutista: sólo musitaciones "mamá, mamá...", como única verbalización ante entrevista. La inquietud psicomotora se alivia y contiene con el abrazo que busca de forma activa. El cuadro se identificó como un Episodio Disociativo Agudo versus Psicótico Agudo con clínica maniforme.

Historia psicobiográfica / antecedentes personales
 Paciente natural de Colombia, en donde es adoptada al año y medio de edad, conjuntamente con su hermana melliza y un hermano dos años mayor. Los padres adoptivos son de nacionalidad francesa. Residen en Francia con una historia previa de buena adaptación al

medio socio-escolar, estudiante de 3º ESO y adecuada adquisición de hitos básicos del desarrollo. No conocimiento de datos previos a la adopción, ni respecto a su familia biológica. Los padres en el momento del ingreso se encuentran en Argentina por motivos laborales, previamente hacía tan solo unos meses, en otro intento de una estancia académica en nuestro país, en concreto en Madrid, presentó un episodio similar tanto en la clínica, como en el inicio agudo y remisión en poco tiempo, que requirió un ingreso breve. Durante un viaje a su país de origen hace años, se señala otro episodio con ansiedad y angustia durante los primeros días del viaje familiar, que se resolvió sin intervención ni tratamiento. En informe médico actual previo a su llegada a España se recoge que no estaba tomando ningún tratamiento farmacológico en la actualidad, ni pasado. Refieren ausencia de hábitos tóxicos. Reside en nuestra comunidad para aprender castellano, con una familia de acogida que no habla francés.

Evolución Hospitalaria

Durante su ingreso hospitalario, se mantiene los primeros días una tendencia de la clínica al polimorfismo y variabilidad, aunque con una progresiva mejoría y estabilización. Mantiene episodios de vinculación desinhibida, dispersa y no selectiva, con necesidad de contacto físico (abrazos, caricias...). Discurso por momentos más acelerado con presión del habla, contenidos fragmentarios y sexualizados. Aporta material gráfico a modo de escritos que nos va aportando a lo largo de su hospitalización. (Figura 1).

Persiste alteración del patrón del sueño, con insomnio de conciliación y despertares nocturnos frecuentes. Negativa inicial a ingesta que requirió aporte intravenoso. En el comportamiento mostraba estados desde la puerilidad con signos regresivos, adoptando posturas fetales, tono de voz infantilizado y actitud de "belle indifférence", como ausente, a otros momentos con predominio de irritabilidad y disforia, marcada reactividad, con gestos evitativos/negativistas como taparse la cara con las manos, la boca, alejarse físicamente, negarse a comer..., llegando a la agitación y desorganización conductual. No presencia de sintomatología sensorio-perceptiva-alucinatoria, aunque la paciente si se queja de alta sensibilidad a los ruidos, a la luz, a modo de estado de activación de aurosal. Quejas

frecuentes de cefaleas. Se objetiva durante las entrevista y a medida que transcurre las mismas fatigabilidad, empeorando sus respuestas y estado clínico.

Pasados los primeros días conforme progresa la hospitalización se evidencian periodos con menor inquietud psicomotriz, alivio de ansiedad, discurso más centrado y un estado emocional más estable. Este último estado es el que se va consolidando hasta el alta. Afirma que nota que "no tiene tanta necesidad de hablar todo el rato en tono alto", y expresa deseos de "comprender y entender... lo que me pasó en Madrid... es como volver atrás, a Colombia...". Ella misma sugiere cómo volver a hablar su lengua madre originaria pueda tener relación con un estado estresor, "al llegar y hablar otro idioma, mi idioma... en el cole, en casa y familia nueva, al principio me siento muy cansada y tengo que ponerme a dormir...", "después ya no comprendo nada". Afectación en nivel de conciencia previo, a modo de desencadenante de los episodios. El cuadro evoluciona desde una presentación

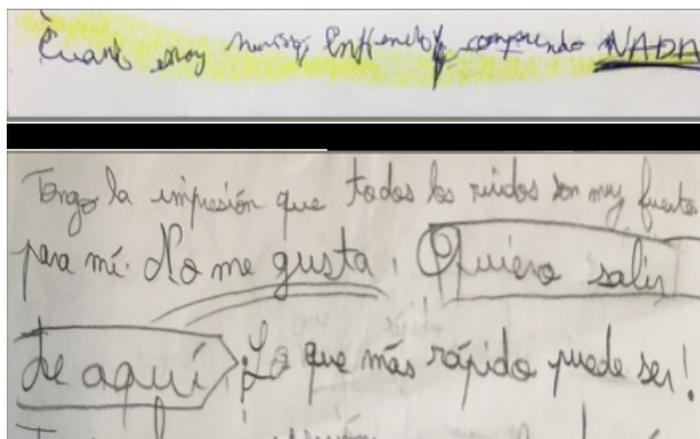


Figura 1. Material gráfico Caso 1: al inicio de la hospitalización y a los 8 días del transcurso de la misma

aguda con una duración recortada de aproximadamente 15 días, con restablecimiento del estado de la paciente "ad integrum", y preocupación e interés progresivo por su estado, el viaje de regreso de su padre y el retorno a su país. No se evidencia una afectación anímica autónoma, ni psicopatología en las esferas de pensamiento, lenguaje, percepción o impulsos. Se descarta etiología orgánica con exploración física y pruebas complementarias (analíticas, neuroimagen cerebral, punción lumbar, EEG...) dentro de la normalidad. Se introdujo tratamiento sintomático

psicofarmacológico con benzodiazepinas, sin lograr una respuesta o alivio al control del cuadro y de los episodios de agitación, por lo que se introdujo risperidona (hasta 3 mg/día), siendo modificada posteriormente a olanzapina hasta dosis de 10 mg/día, obteniéndose una mejoría en la última semana en el alivio sintomático y clínica de la paciente. Al alta y traslado a su país de residencia se recomendó seguimiento especializado del episodio y control del tratamiento.

Caso 2: Disociación MENTE-CUERPO

Cuadro que motiva el ingreso

Varón de 12 años que ingresa en el servicio de Pediatría para estudio y contención de escalada de “crisis” (inicialmente etiquetadas de crisis de ansiedad) autolimitadas, de aproximadamente unos diez días de evolución, que progresivamente van adquiriendo una mayor complejidad y sintomatología abigarrada.

En el momento de su ingreso, estos episodios se iniciaban con presentación de imágenes mentales en forma de flashbacks de situaciones problemáticas para el paciente (especialmente problemas con compañeros en el ámbito escolar según refería), acompañadas de incontinencia afectiva, hiperventilación, autolesiones por medio de golpes con los puños en su cabeza y de ésta contra la pared, impresión de desconexión del medio, junto con estereotipias motoras en forma de giro cefálico e inversión de ambos globos oculares.

Historia psicobiográfica/antecedentes personales

El paciente es el mayor de dos hermanos, residente en domicilio familiar con ambos padres en un contexto rural. En su historia biográfica se reseña un cambio de domicilio hace 3 años desde una gran ciudad de otra comunidad, por varias cuestiones, entre ellas la búsqueda teórica de un entorno “más tranquilo” para los problemas psiquiátricos de la madre. La madre refiere antecedentes de varios ingresos hospitalarios en Unidades de Agudos de Psiquiatría, tanto en esta comunidad como en la de origen, con diagnóstico de Trastorno Personalidad mixto, Distimia y varios intentos de autolisis. El padre refiere que los problemas de la madre han condicionado la dinámica familiar durante todos estos años, objetivando una preocupación constante de ambos hermanos por la salud de su madre (con la que especialmente el paciente mantiene un fuerte vínculo afectivo y emocional) así como el temor, transmitido por ella, de que los Servicios

Sociales y de Menores puedan intervenir para “hacerse cargo de ellos”.

Entre los antecedentes del paciente, se señala un descenso progresivo del rendimiento escolar durante los últimos cursos de Primaria, así como problemas relacionales con sus pares, así como una probable situación de acoso escolar en las últimas semanas.

Evolución intrahospitalaria

Durante los primeros días de su ingreso, que se prolonga unas tres semanas en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica específica de Niños y adolescentes, presenta numerosos episodios similares a los descritos, de corta duración pero muy frecuentes (unos 3-4/día) con signos evidentes de agotamiento físico posterior y con lagunas mnésicas en el período postcrítico. Se descarta etiología orgánica (epileptógena, estructural, metabólica...) con exploraciones físicas y resultados de todas las pruebas complementarias realizadas (analíticas, EEG, RMN...) dentro de la normalidad.

En los períodos intercríticos mantiene un discurso coherente y una conducta normalizada aunque marcada por unos rasgos de personalidad ansioso-fóbicos y una elevada dependencia materna. A la exploración psicopatológica, en los períodos intercríticos no existe un trastorno del contenido o forma del pensamiento, alteraciones sensorio-perceptivas o del lenguaje. El paciente describe recuerdos durante las crisis de “visiones de personas muertas, sangre, compañeros que vienen a matarle”, reconoce irrealidad de estas percepciones, enmarcándolas psicopatológicamente en ilusiones visuales, junto a la existencia de sueños vividos y fenómenos de flashback de varios episodios concretos en los que el refería haberse sentido humillado y amenazado por varios compañeros (punto que la familia confirma aunque no así el centro escolar). No se identifica una alteración anímica ni ideación autolítica estructurada, pero sí pensamientos rumiativos en torno a ese estresor escolar a la vez que una preocupación subyacente por la salud de su madre, con una significativa indiferencia respecto a la situación de su ingreso y la alarma que en su entorno crea estos episodios y sus conductas durante los mismos.

Durante las dos semanas antes de su ingreso el paciente había acudido en varias ocasiones a su USMIJ de forma urgente, figurando la impresión diagnóstica de sintomatología ansiosa-depresiva de características

adaptativas a estresor escolar, con gestos autolesivos mediante cortes en antebrazos para alivio de “malestar interno” según refería el menor, sin evidenciarse clínica afectiva primaria o ideación autolítica estructurada. El menor recibía, con anterioridad, atención psicológica desde hacía dos años por dificultades en mecanismos de afrontamiento y habilidades sociales, con tendencia a minusvaloración, elevada inseguridad, necesidad de agrandar, pobre autoconcepto y baja tolerancia a la frustración, presentando empeoramientos afectivos reactivos a las hospitalizaciones de la madre, pero no había recibido nunca tratamiento farmacológico ni presentado conductas auto u heteroagresivas. En las atenciones urgentes previas al ingreso, se había iniciado tratamiento con clonazepam 1mg/d de forma sintomática con nula respuesta.

Durante los primeros días de su ingreso, se ajuste al alza la dosis de clonazepam en solución de 2.5mg/ml hasta un total 2mg/día repartidos, iniciando de forma paralela risperidona solución 1mg/día y paroxetina solución 10 mg/día., consiguiendo una contención de la escalada de crisis, pero no una remisión completa de las mismas, que se exacerban preferentemente en presencia de su madre y/o ante frustraciones/límites.

A la semana de su ingreso en Pediatría se decide su traslado a una unidad específica de hospitalización psiquiátrica del niño y adolescente, por la aparatosidad de las crisis, su dificultad de contención en una planta de pediatría de Escolares y con el objetivo de filiación diagnóstica y observación del menor, en un entorno controlado fuera de su dinámica familiar. A los dos días de su ingreso, las crisis desaparecen completamente, objetivándose sintomatología adaptativa a estresores familiares y escolares, así como escasos recursos de afrontamiento y de expresión emocional por parte del menor, sin psicopatología que oriente a un trastorno psiquiátrico primario/mayor en el momento actual.

CONCLUSIONES

A diferencia de la clínica en el adulto, los cuadros disociativos en niños y adolescentes se caracterizan por la presencia de un mayor número de síntomas físicos, pérdida de interés y conductas regresivas.

En los casos expuestos puede establecerse la dualidad clínica de la disociación mente-mente (disociación psicológica) y mente-cuerpo (disociación somatoforme); en el caso 1 se trataría de una disociación más

psicológica, con sintomatología negativa, (la paciente se muestra mutista, negativa a la ingesta, con nivel de conciencia fluctuante, por momentos desconectada del medio, perpleja, bloqueos del pensamiento) y sintomatología positiva (a modo de desinhibición maniforme, conductas motoras repetitivas, agitación y desorganización conductual). En el caso 2 predomina la disociación somatoforme (mente-cuerpo), destacando la presencia de síntomas positivos: flashbacks, autolesiones, hiperventilación, estereotipias motoras y pseudocrisis con periodo postcrítico y agotamiento posterior.

En relación a los mecanismos disociativos, dentro del marco teórico anteriormente descrito, podría sugerirse, al menos de estos casos, que predomina un mecanismo de disociación horizontal, probablemente enmarcado en el contexto del desarrollo evolutivo y estructuración de personalidad de los paciente adolescentes.

Para una correcta filiación diagnóstica es necesario realizar un buena psicopatobiografía, prestando especial atención e identificando las marcadas influencias e interferencias del entorno sociofamiliar y contexto relacional, así como la importancia de antecedentes de experiencias traumáticas previas, ya que es importante recalcar que la disociación se vincula a un fenómeno postraumático.

Ambos casos presentan alteraciones de la dinámica familiar y traumas previos junto con otros factores de vulnerabilidad personal.

El tratamiento se basa en la contención de la sintomatología y medidas encaminadas a la resolución de la situación estresora y reaseguramiento del entorno. La hospitalización aunque en sí mismo es estresora, en estos casos con elevado desbordamiento conductual e imposibilidad de manejo ambulatorio, y contexto estresor del entorno, resulta y refuerza en sí mismo una medida terapéutica.

El tratamiento psicofarmacológico (la bibliografía (3) recoge pautas de antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, topiramato, naltrexona) va dirigido fundamentalmente a la contención de los niveles de ansiedad extrema, favoreciendo una recuperación ad integrum en ambos casos que pueda permitir una retirada posterior del mismo, sumado a medidas psicoterapéuticas de apoyo y afrontamiento que desbordan al paciente.

Actualmente se plantea el diagnóstico diferencial de estos cuadros, tanto desde un punto de vista longitudinal como lineal, con distintos trastornos: Trastornos

psicóticos, Trastornos afectivos y ansiosos, Trastornos por somatización, Trastorno de personalidad límite y Trastorno de control de impulsos. Por otra parte, la posible existencia de comorbilidades es un predictor de gravedad.

La existencia de un terreno con poca especificidad diagnóstica, clínica y de tratamiento de la Disociación en niños y adolescentes, requiere más aportaciones que permitan a los profesionales un mayor conocimiento y guía en el tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedl MC, Draijer N, de Jonge P. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric inpatients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 423-8.
2. Ross C. Epidemiology and assessment of dissociation and dissociative disorders. In: Sanchez-Planell L D-QC, editor. *Dissociative states*. Barcelona: Springer; 2000. p. 44-9.
3. González Vázquez A. *Trastornos Disociativos, Diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pléyades, S.A.; 2010.
4. van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2005; 18: 413-23.
5. Grau Martínez A, Meneghelo J. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ed. Panamericana S.A.; 2000.
6. Yehuda R, et al. Putative Biological, mechanisms for the association between early life adversity and the subsequent development of PTSD. *Psychopharmacology(Berl)* 2010; 212: 405-17.
7. Siegel DJ. *La mente en desarrollo*. Bilbao: Ed Descleé de Brouwer; 2007.
8. Main, M; Hesse, E. *Ataccamento disorganizzato e disorientato nell'infanzia e stati dissociati nei genitori*. En: Ammaniti, M.; Stern, D; eds *Ataccamento e psicoanalisi*. Bari: Laterza; 1992
9. Steinberg M. *¿Quién soy realmente? La disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión*. Javier Vergara Editor, 2002.

C. Pérez Álvarez¹, A.I. Calvo Sarnago²,
P. Ruiz Lázaro³

¹ Médico Residente de Psiquiatría.

² Facultativo Especialista de Área del Servicio de Psiquiatría.

³ Jefe de Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, Zaragoza.

Correspondencia:

Candela Pérez Álvarez.
C/ San Juan Bosco 15,
50.009, Zaragoza.
Servicio de Psiquiatría.
candela.perezalv@gmail.com

*“Levántate y anda”,
un caso de trastorno
convectivo grave en la
infancia*

*“Get up and walk”, a
case of severe conversion
disorder in childhood*

RESUMEN

Presentamos el caso de una niña de 11 años que ingresa en Pediatría y posteriormente en Psiquiatría Infanto-Juvenil, con sospecha de un cuadro convectivo grave consistente en inmovilidad para la deambulación y negativa activa a la ingesta de sólidos y líquidos. Explicamos el abordaje multidisciplinar del caso, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. La recuperación completa se ha alcanzado un año después del inicio de los síntomas. Además, realizamos una breve revisión y repaso de las características de los trastornos convectivos en niños y adolescentes, poniendo especial atención al pronóstico.

Palabras clave: trastorno convectivo, infancia, adolescencia

ABSTRACT

We report the case of a 11-year-old girl that was admitted in Paediatrics Unit and later in Childhood and Youth Psychiatry Unit, with a suspected severe conversion disorder which included immobility and refusal to eat and drink. We explain the multidisciplinary approach to the case, both hospital and ambulatory levels. Complete recovery took about a year after the onset of

symptoms. Furthermore, we make a brief review about the characteristics of conversion disorders in children and adolescents, with a special focus on the prognosis.

Keywords: Conversion disorder, child, adolescent

INTRODUCCIÓN

Según algunos estudios, hasta un tercio de los pacientes hospitalizados en unidades pediátricas presenta síntomas físicos que no pueden ser explicados médicamente. Los síntomas más frecuentes dentro de este grupo son el dolor y los síntomas neurológicos, siendo los diagnósticos más habituales dolor somatomorfo y trastorno convectivo. (1)

El trastorno convectivo se define por la presencia de uno o más síntomas neurológicos que no pueden explicarse médicamente tras haber realizado los exámenes complementarios correspondientes, junto con la existencia de estresores que anteceden al desarrollo o empeoramiento de los síntomas.

Dentro de los trastornos convectivos, lo más frecuente son las pseudocrisis (crisis convulsivas de origen psicógeno), seguidas por los trastornos motores (incluyendo alteraciones de la marcha, movimientos anormales, debilidad, parálisis y temblores) y sensitivos (anestesia, parestesias, sordera, ceguera

u otras alteraciones visuales) (2). Los síntomas no suelen corresponder a ningún mecanismo fisiológico o distribución anatómica conocida, y pueden desaparecer de manera transitoria cuando el paciente se distrae o duerme.

Los trastornos conversivos son tres veces más frecuentes en adolescentes que en preadolescentes y rara vez aparecen en menores de 5 años. Son 2-3 veces más frecuentes en el sexo femenino. (3)

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 11 años que llega a Urgencias, derivada por su psiquiatra de área, por “cuadro de inmovilidad para caminar y negativa activa a la ingesta de sólidos y líquidos de posible origen conversivo”.

Vive con sus padres y su hermana, de 22 años. Cursa 6º de Primaria, con muy buen rendimiento escolar. Tiene un grupo de amigas, algunas de las cuales conoce desde la Educación Infantil. Tiene múltiples aficiones: ajedrez, guitarra, kárate, cocina, baile...

Antecedentes personales:

Embarazo sin incidencias, parto eutócico a las 36 semanas, APGAR 10/10. Alimentada con lactancia materna exclusiva los primeros 5 meses. Desarrollo psicomotor normal, excepto en la esfera alimentaria, incluso su madre la envió a la guardería para que le dieran de comer (“inapetente, mala comedora”) hasta los 3 años, luego se normalizan las ingestas).

A los 9 años recae en el TCA de la infancia que había presentado hasta los 3 años de edad. Tras un proceso gripal, comienza a presentar dolor abdominal, pérdida de apetito y apatía. Pierde hasta 7 kg. de peso por reducción en las ingestas y lentitud al comer, con claro estancamiento pondoestatural. Fue tratada por un endocrinólogo y una psicóloga a nivel privado, sin apenas mejoría hasta dos meses antes del inicio del cuadro actual, en que recuperó la normalidad en las ingestas alimentarias.

Su familia la describe como tímida, reservada, introvertida, inteligente, observadora y testaruda. Dicen que solo habla de forma adecuada con las personas de su confianza.

Antecedentes familiares:

No existen antecedentes psiquiátricos familiares. Sin embargo, destacan rasgos de timidez e introversión en la familia paterna.

Enfermedad actual:

A finales de 2015, tras un proceso de faringoamigdalitis con fiebre elevada, la paciente presenta debilidad generalizada, más intensa en extremidades inferiores. Estos síntomas ceden a los pocos días, pero el mes siguiente, después de otra faringoamigdalitis, vuelven a aparecer y se van agravando a lo largo de 3 semanas. Presenta dolor en la deambulación, camina de puntillas y arqueando las piernas, cada vez con mayor dificultad. Es ingresada durante dos semanas en Pediatría, donde se le realizan una exploración física completa y numerosas pruebas complementarias sin llegar a encontrar una causa orgánica que justifique el cuadro clínico. Es valorada por Psiquiatría, que ensaya tratamientos con olanzapina 2,5 mg., sertralina 50 mg. y clonazepam, además de técnicas de orientación cognitivo-conductual, sin éxito.

A los pocos días, la paciente presenta una crisis de ansiedad y, a partir de ese momento, deja por completo de deambular, se muestra triste, con llanto fácil, y se queja de cefalea, dolor abdominal y náuseas. Al día siguiente, deja de comer y apenas ingiere líquidos. Dos días después es ingresada en nuestro hospital, en primer lugar en Pediatría, donde se completa el estudio a nivel orgánico y se pauta nutrición enteral mediante sonda nasogástrica ante el rechazo de la ingesta y el estado de deshidratación y bajo peso de la paciente.

Posteriormente, es trasladada a nuestra Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Al principio, se muestra muy llorosa y no participa en la escuela, precisa ayuda completa para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). La comunicación con sus padres durante las visitas es normalizada, aunque en ocasiones se muestra tiránica y enfadada con ellos. Cuando habla con el personal de la planta, lo hace en tono muy bajo y con monosílabos, pueril, con contacto visual esquivo, mientras que con el resto de pacientes se muestra más sonriente y cercana, aunque apenas participa en las conversaciones. Refiere dolor intenso en extremidades, sobre todo inferiores, que le impide la movilización de las mismas. Sin embargo, durante el sueño se aprecian movimientos normales.

Apenas responde a diferentes técnicas cognitivo-conductuales, psicoeducación, psicofármacos (gabapentina, mirtazapina, etc), analgésicos, ni tampoco a placebo. Se inicia tratamiento de fisioterapia y rehabilitación. Tras varias semanas, se logra que retome la alimentación oral, aunque las ingestas son escasas y

lentas, pero van aumentando progresivamente y llega a recuperar 7 kg. de peso. También se pide colaboración a Trabajo Social para realizar intervención familiar y búsqueda activa de una posible causa o desencadenante del cuadro. Después de casi dos meses de ingreso con pocos avances en cuanto a la movilidad, se debate el caso con todo el equipo de Psiquiatría Infanto-Juvenil y, con la colaboración del Servicio de Anestesia y el consentimiento informado de los padres, se realiza una prueba con pentotal y sedación completa, con dos objetivos: utilizar el estado de semi-inconsciencia inducido por el pentotal para investigar posibles estresores (sin éxito) y escenificar un tratamiento “mágico” que permitiera a la paciente salir de los síntomas. Tras este acto desaparece el dolor, pero sigue sin caminar.

Pruebas complementarias:

- Analítica completa: sin alteraciones. ASLO 271 U/ml. PANDAS y Test de Paul-Bunnell negativos. Adenovirus IgG positivos, IgM débilmente positivos.
- Electromiograma, electroneurograma y potenciales evocados: normales.
- Pruebas de neuroimagen (TC y RM) cerebral y de columna vertebral: sin hallazgos.
- Punción lumbar: LCR sin alteraciones.
- Ecografías abdominal y de partes blandas: normales.
- Psicometría:
 - K-BIT: cociente intelectual medio-alto.
 - EAT-40: no hay miedo a engordar.
 - TSA: no hay distorsión de la imagen corporal.
 - CEDI II: leve depresión.
 - Test de Rosenberg: no hay baja autoestima.
 - Test proyectivos CAT-H, TAMAI: no significativos.
 - EPQ-J: S: 50; N: 50; P: 50; E: 50; CA: 16.

Evolución:

En la primera consulta tras el alta hospitalaria, la paciente continúa en silla de ruedas y destaca la indiferencia con que son vividos los síntomas, no solo por la paciente sino también por sus padres, a pesar de que estos han sido informados sobre el origen psicógeno de los síntomas. Dicen que se empieza a sostener sola, aunque en la consulta se comprueba que no es así. La madre sí muestra preocupación porque la paciente apenas come y lo hace muy lento. El padre se muestra más

esquivo y distante. Se opta por no confrontar y reforzar la idea de que está progresando y podrá volver a caminar. Se utilizan técnicas de psicología inversa, restando importancia a los síntomas y a las actividades que le impiden realizar.

Un mes después del alta hospitalaria, la paciente se levanta por primera vez de la silla en una reunión del colegio sobre el viaje de estudios (al que se le dijo que no podría ir si seguía en silla de ruedas). Progresivamente retoma numerosas actividades de ocio (baile, ir en bici...). Sin embargo, durante 6 meses más, persiste un síntoma incongruente con el resto de la exploración, necesita ayuda para levantarse cuando está sentada. De nuevo, se resta importancia al síntoma y a lo que perdería si persiste (no podría realizar una audición de baile a la que desea acudir) y este acaba desapareciendo. A lo largo de todo este periodo también se aborda la sintomatología alimentaria mediante medidas conductuales, con notable mejoría.

En los últimos meses se ha mantenido la mejoría, salvo una leve recaída coincidiendo con un proceso de faringoamigdalitis. Sus padres comentan que ha vuelto “a ser la que era antes”.

DISCUSIÓN

Aunque los trastornos conversivos son frecuentes entre los niños y adolescentes y se asocian a una importante sobreutilización de los recursos sanitarios, existen pocos estudios sobre las características de estos pacientes y su pronóstico a largo plazo.

Según la literatura, el perfil más habitual sería una niña o adolescente con múltiples quejas somáticas, sobre todo dolor y clínica neurológica, perfeccionista, exigente y con dificultades para identificar adecuadamente la experiencia emocional, especialmente las emociones negativas como ansiedad, ira y agresividad, a menudo sometida a presiones externas (por ejemplo, elevadas demandas a nivel académico o deportivo), que encuentra alivio mediante la adquisición del rol de enfermedad. Mediante este rol pueden liberarse de su funcionamiento aparentemente ejemplar sin expresar abiertamente su rebelión. En otros casos puede servir para evitar la ansiedad asociada al fracaso. También es frecuente que existan antecedentes familiares de patología neurológica o psiquiátrica, o conflictos familiares, que tienden a ser minimizados o negados. Además, en una proporción

relevante (29-54% según Shaw) hay un adulto cercano que padece una enfermedad con síntomas físicos similares a los que experimenta el niño o adolescente.

La existencia de un evento vital traumático que actúe como desencadenante del cuadro es habitual, pero no siempre es posible identificarlo a pesar de realizar una historia clínica completa. En algunos casos es posible que el estresor sea una situación corriente y que no resulte llamativa para los profesionales que atienden al niño/adolescente o para sus familiares, por ejemplo dificultades a nivel escolar o una discusión por un tema banal.

La “belle indifférence”, típica en adultos con trastorno conversivo, es poco habitual en niños, aunque en el caso que presentamos sí estaba muy presente, tanto en la paciente como en la familia.

Es importante recordar que los diagnósticos médicos y los diagnósticos de trastorno somatomorfo o conversivo no son excluyentes y pueden coexistir en un mismo paciente. En hasta un tercio de los diagnosticados de trastorno conversivo se acaba encontrando una causa orgánica que justifica el cuadro.

Uno de los aspectos que más se está investigando en los últimos años son los déficits cognoscitivos y su relación con un peor afrontamiento del estrés, que facilitaría la aparición de síntomas disociativos y conversivos (4). Algunos estudios han encontrado entre los pacientes con estos trastornos un CI inferior a la media poblacional; sin embargo, otros estudios no han hallado diferencias. Algunos autores como Cromer (5) hablan de déficits específicos, por ejemplo en tareas que requieren inhibición, pero no en otras tareas que requieren planificación o estrategia. Kozłowska et al realizaron evaluaciones neuropsicológicas a niños con síntomas conversivos, hallando una reducción en la atención, la memoria y las funciones ejecutivas, pero no en el CI global (6).

Respecto al pronóstico, aunque existen pocos estudios con un tamaño muestral insuficiente, en general se considera que el pronóstico de los niños y adolescentes con trastornos de este tipo es favorable. Muchos se recuperan en los primeros 3 meses tras el diagnóstico, la mayoría a lo largo del primer año. Uno de los estudios con mayor muestra realizado en los últimos años, fue llevado a cabo por Pehlivan Türk y Unal (7), con la inclusión de 40 pacientes de entre 9 y 16 años de edad, a los que se evaluó a los 4 años de haber sido diagnosticados de trastorno

conversivo. El 85% se había recuperado completamente, un 5% habían mejorado de forma parcial y solo un 10% permanecían sin cambios.

Se han identificado algunos factores que pueden predecir el pronóstico a largo plazo:

► Pronóstico favorable: edad temprana, inicio súbito con un desencadenante fácilmente identificable, diagnóstico precoz, duración breve de los síntomas, buen ajuste premórbido, colaboración del paciente y su familia.

► Pronóstico desfavorable: presentación polisintomática, cronicidad de los síntomas, comorbilidad psiquiátrica o médica, existencia de trastornos previos de conducta, pobre capacidad de introspección, disfunción familiar grave. (8)

A pesar del aparente buen pronóstico, las recaídas no son infrecuentes, pudiendo alcanzar el 20-25%, según datos de la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2000.

La prevalencia de otras patologías psiquiátricas, principalmente ansiedad y depresión, es considerable, incluso en pacientes con recuperación completa del trastorno conversivo. Es necesario destacar que la recuperación de los síntomas conversivos no augura por sí misma un buen pronóstico cuando persisten otros síntomas psiquiátricos.

En cuanto al tratamiento, en casos muy graves como el presentado, las primeras intervenciones deben dirigirse a estabilizar médicamente al paciente (fluidoterapia, nutrición enteral, prevención de úlceras por decúbito...). Como tratamiento psiquiátrico, puede ser necesaria una combinación de psicoterapia, farmacoterapia y abordaje familiar (9). Existen diferentes modelos de abordaje psicoterapéutico que pueden ser utilizados: cognitivo-conductual, psicodinámico, EMDR... Según algunos autores, las medidas conductuales han demostrado ser efectivas (10), aunque los datos no son concluyentes. También es primordial hacer comprender a la familia la etiología psicógena del cuadro clínico y dar pautas para evitar que se favorezca el rol de enfermedad. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, es utilizado sobre todo para paliar la comorbilidad psiquiátrica. Existen algunos datos a favor del uso de antipsicóticos atípicos. También se ha descrito el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina, con mayor efectividad cuando existen síntomas obsesivo-compulsivos asociados.

Según el tipo de síntomas, pueden ser necesarios tratamientos adicionales, como fisioterapia y rehabilitación en casos de inmovilidad prolongada. En cualquier caso, una adecuada coordinación entre los diferentes especialistas es necesaria y facilita alcanzar la recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hosp Pediatr* 2014; 4: 283-90.
2. Duque PA, Vasquez R, Cote M. Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat* 2015; 44: 237-242.
3. Shaw RJ, DeMaso DR. *Consulta Psiquiátrica en Pediatría*. 1st ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
4. Ranjan R, Mehta M, Sagar R, Sarkar S. Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *J Neurosci Rural Pract* 2016; 7: 238–243.
5. Cromer LD, Stevens C, DePrince AP, Pears K. The relationship between executive attention and dissociation in children. *J Trauma Dissociation* 2006; 7:135–53.
6. Kozłowska K, Palmer DM, Brown KJ, Scher S, Chudleigh C, Davies F, Williams LM. Conversion disorder in children and adolescents: a disorder of cognitive control. *J Neuropsychol* 2015;9 : 87-108.
7. Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2002; 52: 187-91.
8. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry* 1990; 35: 585-9.
9. Diseth TH, Christie HJ. Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents—an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry* 2005; 59: 278-92.
10. Gooch JL, Wolcott R, Speed J. Behavioral management of conversion disorder in children. *Arch Phys Med Rehabil* 1997; 78: 264-8.

**Mireia Barrios Agrafojo (1), Ángela Ruiz Arcos (1),
Miriam Ayora Rodríguez(1), Rafael Camino León
(2), Rafael de Burgos Marín (3)**

(1) Unidad de Salud Mental Comunitaria Peñarroya-
Pueblonuevo, Área Sanitaria Córdoba- Norte, Hospital
Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

(2)Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario
Reina Sofía, Córdoba.

(3) Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital
Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Correspondencia:

Dr. Rafael de Burgos Marín

(rafadbm@gmail.com)

Ctra. de Los Morales, s/n. 14012- Córdoba

*Crisis epilépticas
y pseudocrisis: la
importancia del diagnóstico
diferencial*

*Epileptic and non-epileptic
psychogenic seizures: the
importance of differential
diagnosis*

RESUMEN

Las crisis no epilépticas psicógenas (CNEP) son episodios paroxísticos de alteración conductual sin los cambios esperables en el electroencefalograma ni la asociación a una disfunción del sistema nervioso central.

Constituyen un desafío diagnóstico para neurólogos, psiquiatras y/o psicólogos, así como también puede suponer un reto terapéutico dada la complejidad contextual de muchos de los casos. La exploración psicopatológica y clínica y el estudio con video EEG son las pruebas complementarias que aportan la información más relevante para el diagnóstico.

El objetivo de presentar este Caso Clínico es plantear las dificultades que suele tener el diagnóstico diferencial entre epilepsia y CNEP, destacando la importancia del abordaje multidisciplinar y la detección precoz, para diseñar un plan de tratamiento específico que posibilite una mejoría clínica y pronóstica.

Palabras clave: crisis no epilépticas psicógenas, diagnóstico diferencial, comorbilidad, trastornos psiquiátricos, variables psicológicas.

ABSTRACT

Psychogenic Non-Epileptic Seizures (PNES) are paroxysmal episodes of altered behavior without the expected changes in the electroencephalogram neither

the association with a dysfunction of the central nervous system.

PNES constitute a diagnostic challenge for neurologists, psychiatrists and/or psychologists, as well as also therapeutic challenge can suppose given the contextual complexity of many cases. Psychopathologic and clinical examination and the study with EEG video are the complementary tests that provide the most relevant information for the diagnosis.

The aim of presenting this Case Report is to highlight the difficulty of differential diagnosis between epilepsy and PNES, emphasizing the importance of the multidisciplinary approach and the early detection, to design a specific treatment that allow a clinical and prognostic improvement.

Keywords: Psychogenic non-epileptic seizures, differential diagnosis, comorbidity, psychiatric disorders, psychological variables.

INTRODUCCION

Las pseudocrisis epilépticas, denominadas crisis no epilépticas psicógenas (CNEP en adelante) están incluidas dentro de la CIE-10 (1) entre los trastornos disociativos, y en el DSM 5 (2) en la categoría de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados entre los que se encuentra el trastorno de conversión.

La clínica disociativa o conversiva implica una alteración de las funciones integradoras de la conciencia y la presencia de uno o más síntomas o déficits que afectan a las funciones voluntarias y sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica. En las crisis no epilépticas psicógenas, la alteración conductual que tiene lugar simula una crisis epiléptica sin que estén presentes la disfunción del sistema nervioso central ni los cambios electroencefalográficos propios de una crisis epiléptica de origen orgánico. No obstante, las variables que sí son necesarias a tener en cuenta en la aparición y perpetuación de la CNEP son las emocionales y psicológicas (3).

Diversos estudios han encontrado una alta prevalencia de múltiples trastornos psicopatológicos, observándose incluso la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el 70% de los casos (3). Entre los trastornos clínicos comórbidos destacan los siguientes: trastornos del estado de ánimo (entre 40-80%), trastornos de abuso de sustancias (42%), trastorno de estrés posttraumático (35-49%), trastorno de ansiedad generalizada (10%) y hasta en un 90% de los casos de CNEP se observan síntomas disociativos. Otros también asociados pero en menor medida son los trastornos somatomorfos y los trastornos facticios (3 y 4).

Con respecto a los trastornos de la personalidad, algunos estudios indican que las alteraciones de la personalidad oscilan entre un 30 y un 50%. El estudio de Bowman (5) señala que los trastornos de personalidad más frecuentemente encontrados son el trastorno límite, el dependiente, el histriónico y el evitativo (5, 7). También se indican los trastornos de personalidad histriónico y límite como los más frecuentes (5, 6) y se señala la existencia de una personalidad previa predispuesta a la somatización (7).

En relación al pronóstico, los datos son pesimistas, con unos porcentajes bajos de evolución positiva y con sólo un tercio de los pacientes libres de crisis (8).

Las CNEP suponen un desafío clínico y terapéutico importante en el que es de especial importancia efectuar un diagnóstico diferencial entre la epilepsia y las CNEP. En estos casos, el abordaje conjunto entre los Servicios de Salud Mental y de Neurología constituyen un aspecto clínicamente relevante tanto para la evaluación y el diagnóstico como para el tratamiento (3), y con el objetivo de estudiar y explicitar esto último se expone el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Varón de 14 años de edad, el mayor de la fratria. Padres separados. No mantiene relación con su padre biológico. Convive con su madre y hermanos. Actualmente cursa 1º ESO.

Antecedentes Familiares

Sin **antecedentes familiares orgánicos** relevantes excepto que la madre padece migraña.

Como **antecedentes familiares psiquiátricos** constan dos suicidios consumados de tíos maternos, madre en seguimiento en su dispositivo de Salud Mental por rasgos disfuncionales de personalidad. Hermano mediano diagnosticado de alteración de conducta y una prima hermana diagnosticada de trastorno depresivo.

Antecedentes Personales

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones referidas. En la Historia Clínica no constan enfermedades orgánicas de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Antecedentes Personales Psiquiátricos

El paciente inicia contacto en los dispositivos de Salud Mental a los seis años por presentar enuresis y encopresis. Es valorado por psicología clínica, detectándose la existencia de conflictividad en el seno familiar por vivenciar episodios de malos tratos directa y vicariamente. A los nueve años se solicita valoración por conductas agresivas sin seguimiento clínico continuado.

Enfermedad actual y evolución

A los diez años de edad, el paciente presentó un episodio de pérdida de visión con ataxia desarrollada posteriormente que requirió ingreso hospitalario. Dicha clínica fue catalogada como "psicógena" tras obtener resultados normales en la totalidad de las pruebas complementarias que se realizaron (exploración neurológica, analítica, EEG y RMN). Este episodio se relacionó en el tiempo con el fallecimiento de la pareja de la madre, que cumplía el rol parental para el paciente, en presencia del menor. Fue un episodio autolimitado que no requirió tratamiento específico ni seguimiento, sin repetirse tras el alta hospitalaria.

Posteriormente, durante los siguientes dos años tuvo una asistencia irregular e intermitente en el dispositivo de

Salud Mental. En este período, presentó quejas somáticas frecuentes, destacando cefalea y dolor abdominal que requirieron también atención médica. Conductualmente no presentaba conductas autoagresivas pero sí comportamientos heteroagresivos hacia su hermano. No se describieron comportamientos desafiantes ni opositoristas. Con respecto a la escolarización presentaba un bajo rendimiento con frecuentes ausencias al centro escolar.

A los doce años comienza a desarrollar episodios de pérdida de funciones y crisis consistentes en pérdida de conciencia, convulsiones con pérdida de control de esfínteres, desconexión parcial con mirada fija, movimientos deglutorios y mioclonías de miembros superiores. El cuadro clínico descrito coincide con un nuevo acontecimiento estresor: el suicidio de un familiar cercano.

Fue evaluado por el Servicio de Neuropediatría, por la USMC de referencia del niño y por la USMIJ, orientándose el diagnóstico de presunción hacia la existencia de pseudocrisis y crisis comiciales. En los últimos meses las crisis fueron aumentando en frecuencia, llegando a aparecer diariamente, siendo de duración variable y de características tónicas con movimientos clónicos de extremidades e hipersalivación. Para el control de las mismas fueron necesarias varias consultas en los Servicios de Urgencia precisando ingreso hospitalario en el Servicio de Neuropediatría.

Exploraciones complementarias:

En el Servicio de Neuropediatría y Neurofisiología la evaluación constó de las siguientes pruebas complementarias: analítica completa (incluyendo amonio y ácido láctico, TSH, aminoácidos y ácidos orgánicos), EEG en vigilia y en sueño, TAC craneal, Test de provocación con suero fisiológico, RMN sin contraste IV de Cráneo, ECG, EMG, ElectroOculoGramma y Video-EEG.

Desde el Servicio de Salud mental la valoración efectuada ha constado de varias entrevistas clínicas multidisciplinares, exploración psicopatológica y psicométrica con diversos test psicológicos como el inventario MACI (Inventario clínico para adolescentes de Millon) y la escala de inteligencia WISC- IV.

Orientación diagnóstica

En el proceso de evaluación neurológica, todos los resultados obtenidos fueron negativos, exceptuando la inducción de crisis mediante el Test de provocación con suero fisiológico y el hallazgo casual en la RMN de un quiste pineal de unos 6mm y ectasia dural de ambos nervios ópticos sin relevancia clínica. Toda la actividad bioeléctrica cerebral registrada tanto en vigilia como en el sueño fisiológico, así como durante la estimulación por hiperventilación, presentó una base organizada de forma topográfica, simétrica, sincrónica y reactiva a estímulos concluyéndose que la clínica no era compatible con el desarrollo de actividad epileptiforme. Durante la realización del video-EEG el paciente presentó varias crisis similares a las padecidas anteriormente sin registrarse cambio alguno en los registros del EEG.

Durante la exploración psicopatológica destaca un contacto ocular deficitario, ocasional inquietud motriz con actitudes y comportamientos contextualmente inadecuados junto con un afecto distanciado y alexitímico. Impresiona que el núcleo psicopatológico es caracterial, no objetivándose sintomatología psicótica ni afectiva durante el seguimiento clínico.

En las entrevistas clínicas se concluye que los acontecimientos de su psicobiografía, el entorno sociofamiliar en el que se ha ido desarrollando y su evolución clínica conllevan una vulnerabilidad global del paciente (psíquica, emocional y sociofamiliar). Así mismo, se identifican estrategias de afrontamiento deficitarias que interfieren en su funcionamiento social, académico y familiar.

De la exploración psicométrica efectuada (MACI, Inventario clínico para adolescentes de Millon) se arroja la existencia de un prototipo de personalidad marcado con una puntuación elevada en egocentrismo (TB=108) e histrionismo (TB=73). Dentro de las preocupaciones expresadas destaca la insensibilidad social (TB=87) y la tendencia a la impulsividad (TB=79) entre los síndromes clínicos. No presencia de déficit cognitivo (en la escala WISC-IV obtuvo un Cociente Intelectual Total: 102).

La evaluación conjunta e integral y la evolución clínica del paciente junto con la ausencia de patología orgánica de base, confirman el diagnóstico de Crisis no epilépticas psicógenas (F44 CIE 10) o Trastorno de Conversión (DSM 5) sin patología orgánica comórbida.

Tratamiento

Durante el diagnóstico comórbido de pseudocrisis y crisis epilépticas se instauró tratamiento por parte del Servicio de Neuropediatría con ácido valproico (hasta 1500mg/día) y levetiracetam (hasta 3000mg/día). Tras llegar al diagnóstico definitivo, se retiraron progresivamente los antiepilépticos hasta suspenderlos siendo dado de alta por el Servicio de Neuropediatría.

Desde la USMC y la USMIJ se inició una intervención integral consistente en tratamiento psicofarmacológico (paroxetina -20 mgrs/día- y clonazepam -1,5 mgrs/día- posteriormente sustituidos por citalopram -20mg/día- y lorazepam -1mg/día-) junto a psicoterapia individual e intervención familiar.

Psicoterapéuticamente se efectúa el siguiente encuadre terapéutico: sesiones quincenales (2 con el paciente a solas y una con la madre), de 30-45 minutos de duración con los siguientes objetivos terapéuticos:

- Sesión de Psicoeducación: explicación a familia y paciente de la base psicógena de las crisis
- Sostén emocional y apoyo psicológico del paciente
- Identificación y expresión emocional
- Exposición conductual progresiva del paciente al centro escolar
- Potenciación de la interacción social con el grupo de iguales (participación en grupo desde SS.SS)
- Proceso de separación psicológica saludable madre- hijo
- Orientación en normas y límites interpersonales , así como la integración de límites intrapersonales

Desde la confirmación diagnóstica del trastorno disociativo/conversivo el paciente no ha presentado clínica compatible con crisis no epilépticas psicógenas, siendo la clínica caracterial la predominante en la actualidad. Destacan rasgos de personalidad egocéntricos e histriónicos como los más interfirientes en su funcionamiento familiar, social y académico.

DISCUSIÓN

En todos los estudios revisados se refleja la dificultad que conlleva el diagnóstico de este trastorno (9). Diversos estudios sobre las CNEP inciden en la dificultad diagnóstica y terapéutica y señalan que siguen sin existir marcadores biológicos específicos que permitan diferenciar las crisis epilépticas orgánicas de las psicógenas (3). Además, existen múltiples variables psicológicas (rasgos de

personalidad, estilo de afrontamiento y nivel de estrés, vulnerabilidad, dinámica sociofamiliar, experiencias infantiles traumáticas...) que pueden actuar como factores precipitantes, predisponentes y mantenedores de las crisis (10). Así, la necesidad de considerar factores orgánicos y psicosociales en el estudio de estos pacientes requiere una valoración multidisciplinar, siendo la exploración psicopatológica y clínica y el estudio con vídeo-EEG las pruebas complementarias que aportan la información más relevante para el diagnóstico.

En el caso clínico expuesto, la dificultad diagnóstica se explicita en que se han necesitado más de dos años de estudio conjunto para llegar al diagnóstico definitivo. Además, durante el periodo de valoración en el que se efectuó un diagnóstico comórbido de CE y CNEP aumentaron las crisis, complicando el diagnóstico del mismo.

Es importante un correcto diagnóstico de las CNEP para iniciar un tratamiento en el que paciente y familia sean informados y educados sobre la enfermedad. El tratamiento con psicoterapia de apoyo y la confrontación ha mostrado resultados útiles en el 75% de los casos (11), considerándose que una explicación clara del trastorno y de su origen psicógeno ayudará a prevenir nuevas crisis (6).

En el presente caso, la confirmación y comunicación del diagnóstico definitivo conllevó una notable mejoría clínica en las crisis no epilépticas psicógenas y en la actualidad la gravedad clínica y psicosocial del caso orientan más hacia un pronóstico pesimista en la esfera caracterial.

Con respecto a los trastornos de personalidad, tal y como se ha indicado, los estudios indican como los más frecuentes el tipo límite, dependiente, histriónico y evitativo (3). En el paciente descrito en este artículo destaca el predominio de los rasgos narcisistas, siendo esta una característica clínica diferente a los resultados obtenidos en los estudios mencionados. Por todo ello, consideramos importante continuar el estudio en esta línea y profundizar en esta posible asociación.

CONCLUSIONES

La realización de un exhaustivo diagnóstico diferencial es de especial importancia en estos casos puesto que la comunicación y explicación del diagnóstico tanto al paciente como a los familiares puede resultar terapéutica.

La relevancia del diagnóstico diferencial radica

también en que favorece diseñar un plan de tratamiento precoz con intervenciones específicas y objetivos que posibiliten una mejoría clínica y pronóstica.

Se puede concluir, por lo tanto, que los pacientes con crisis no epilépticas psicógenas de tipo conversivo son una población clínicamente grave, de difícil diagnóstico y manejo, con elevada comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y repercusiones pronósticas que hacen relevante el diagnóstico y la intervención precoz y multidisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS (Organización Mundial de la Salud). Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10). Madrid: Meditor; 1992.
2. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). American Psychiatric Publishing: Washington DC; 2013.
3. Sánchez-González R et al. Crisis no epilépticas psicógenas: a propósito de un caso. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39: 191-5.
4. Muñoz L, Gordillo R, de Burgos R. Pseudocrisis en niños y adolescentes: una revisión. *Rev Psiquiatr infanto-juv* 2011; 28 (3): 12-36.
5. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 57-63.
6. Baillès E, Pintor L, Torres X, Fernández-Egea E, De Pablo J, Arroyo S. Patología psiquiátrica en pacientes con crisis epilépticas no psicógenas derivados a una unidad de epilepsia en un hospital general. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32: 76-81.
7. Kalogjera-Sackellares D, Sackellares JC. Personality profiles of patients with pseudoseizures. *Seizure* 1997; 6: 1-7.
8. Reuber M: Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10 year follow up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003; 53: 305-11.
9. Krumholz A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. *Neurology* 1999; 53: S76-S83.
10. Giagante B, D'Alessio L, Silva W, Kochen S. Crisis no epilépticas psicógenas. *Rev Colombiana Psiquiatría* 2007; 36: 187-207.
11. Bhatia MS, Buchanan N, Snars J. Pseudo seizures (non-epileptic attack disorder) – Clinical management and outcome in 50 patients. *Seizures* 1993; 2: 141-146.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

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

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

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

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

1.-Artículos Originales

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

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

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

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

2.- Artículos de Revisión

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

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

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

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

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

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

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

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

4.- Cartas al Director

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

5.- Notas Bibliográficas

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

6.- Secciones Especiales

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

7.- Agenda

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

8.- Números Monográficos

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

Tablas y figuras

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envío de manuscritos

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

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

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

Los autores son responsables de la investigación.

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

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

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

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

Revisión y revisión externa (peer review)

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

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

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

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

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

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