

SUMARIO

EDITORIAL

Emociones Prosociales Limitadas: Especificador Transdiagnóstico

Francisco R. de la Peña Olvera 1

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estudio naturalístico en pacientes infantojuveniles con obesidad

O. Navarro Jerez y P. M. Ruiz Lázaro 3

Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: experiencia en un hospital de día de adolescentes

L. Hermida Barros, P. Santamarina Pérez y M. Romero González 23

CASOS CLÍNICOS

Terapia de claves traumáticas en formato combinado, presencial-telemático: a propósito de un caso

Susana Cruylles, Hilit Kletter y Victor G. Carrión 33

Adolescente prehuntigton

Nora Yáñez-Goñi, Ana Goñi-Navarro, Óscar Bueno-Sainz,
Judith Álvarez-Borillo, Paula Mollá-Roig y Eva Gracia Peligero 42

NORMAS DE PUBLICACIÓN 46

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2022;39(4)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

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

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Francisco Rafael de la Peña Olvera

Instituto Nacional de Psiquiatría RFM (INPRFM), Ciudad de México, México.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

José Salavert

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

Pedro Manuel Ruíz

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

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

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

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus
REDIB

Dialnet

MIAR

Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Francisco R. de la Peña Olvera 

Jefe de la Unidad de Fomento a la Investigación. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México.

DOI: [10.31766/revpsij.v39n4a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n4a1)

Correo electrónico: adolesclinic@gmail.com

Emociones Prosociales Limitadas: Especificador Transdiagnóstico

Los rasgos de callo emocional han sido descritos como características estables durante la infancia y la adolescencia en menores con trastornos de conducta (TC), su presencia se ha asociado a manifestaciones más agresivas y persistentes (1). El DSM-5 (2), lo incluyó como especificador del TC, mientras que la CIE-11 (3) lo incorporó como especificador tanto para el TC como para el trastorno oposicionista y desafiante (TOD), ambas clasificaciones lo incluyeron con el nombre de “Emociones Prosociales Limitadas” (EPL). Este especificador exige la presencia de al menos dos de las cuatro características: falta de empatía, falta de culpa, falta de interés en el desempeño y afecto empalagoso o deficiente, para poder establecer el diagnóstico.

Las EPL han sido reconocidas también fuera de los trastornos de la conducta disruptiva. Se han encontrado en pacientes con trastornos del neurodesarrollo tanto del espectro autista como del déficit de atención con hiperactividad, así como en pacientes con trastornos de ansiedad, del ánimo y con trastornos por uso de sustancias (4). Las EPL han sido descritas tanto en población clínica como comunitaria; en las muestras de la comunidad del 10% al 32% con TC y del 2% al 7% sin TC cumplían para las EPL, mientras que la muestra clínica del 21% al 50% con TC y del 14% al 32% sin TC cumplían para las EPL, los maestros a diferencia del propio sujeto o el padre reportaron la mayor presencia de las EPL (5).

El inventario del callo emocional (ICU por sus siglas en inglés) ha sido uno de los instrumentos más utilizados para el reconocimiento de las EPL en población pediátrica, sin embargo presenta diversas limitaciones para la identificación de los cuatro elementos incluidos en el DSM-5 y la CIE-11; un reciente meta-análisis (6), ha evidenciado que tanto la versión ICU del padre como la del sujeto, sólo identifican dos factores de forma significativa: el de insensibilidad y el de indiferencia pero no así la

falta de emociones. Ante estas limitaciones del ICU se ha propuesto incluir dentro de la evaluación de la entrevista semiestructurada del K-SADS-PL-5 el constructo de las EPL según el DSM-5 (7). La versión latinoamericana de esta entrevista ha reconocido las EPL como un especificador transdiagnóstico no limitado al TC.

El análisis detallado de las cuatro características de las EPL dentro del grupo de niños y adolescentes latinoamericanos evaluados con el K-SADS-PL-5, permitió establecer mediante un análisis de clases latentes, características nucleares (falta de empatía y afecto deficiente o empalagoso), es decir siempre presentes cuando el especificador completo se integraba, y características accesorias (falta de culpa y falta de interés en el desempeño) presentes o no cuando el especificador completo se integraba o cuando sólo se presentaba una característica (8).

Al parecer la EPL podrían manifestarse y reconocerse fuera de los trastornos de la conducta disruptiva y además la presencia de cada característica podría tener un significado diferente. Su autoevaluación, o por terceros ya sean los padres o clínicos representa un desafío para su pleno reconocimiento; sin duda en los próximos años seremos testigos de un estudio profundo de las EPL y sus componentes como especificador transdiagnóstico en la paidopsiquiatría.

REFERENCIAS

1. Frick PJ, White SF. Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *J child psychol psychiatry*. 2008;49: 359-375.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01862.x>
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Diagnostic

-
- and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
3. World Health Organization. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. [Internet] Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f334423054>, consultado el 06-10-2022.
 4. Herpers P, Rommelse NN, Bons D, Buitelaar JK, Scheepers FE. Callous-unemotional traits as a cross-disorders construct. *Soc psychiatr psychiatr epidemiol.* 2012;47: 2045-2064. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0513-x>
 5. Kahn RE, Frick PJ, Youngstrom E, Findling RL, Youngstrom JK (2012). The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *Journal of child psychology and psychiatry.* 2012;53(3): 271-282. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02463.x>
 6. Ray JV, Frick PJ. Assessing callous-unemotional traits using the total score from the inventory of callous-unemotional traits: A meta-analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2018;49(2): 190-199. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1504297>
 7. de la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L, Ulloa RE. Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *Bmc Psychiatry.* 2018;18: 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0>
 8. de la Peña F R, Rosetti M F, Palacio JD, Palacios-Cruz L, Ulloa RE. Limited Prosocial Emotions in a Clinical Population of Children and Adolescents: Proposal for Core and Ancillary Characteristics. *The Can J Psychiatry.* 2022;7: 290-295. <https://doi.org/10.1177/07067437211004893>

O. Navarro Jerez ¹ * 
P. M. Ruiz Lázaro ¹ 

¹ Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, Área de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Orosia Navarro Jerez
Correo: orosianj@gmail.com

Estudio naturalístico en pacientes infanto-juveniles con obesidad

Naturalistic study in child and adolescent patients with obesity

RESUMEN

Objetivo: revisar pacientes menores de 18 años con diagnóstico de obesidad (IMC > 30 kgr/m² o >Pc 97) asistidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del 2015 al 2020. **Material y Métodos:** estudio transversal descriptivo de 22 pacientes reclutados tras su primera visita por obesidad, con seguimiento evolutivo, valoración con la escala "Impresión clínica global (ICG)" al inicio y al final y analizando la evolución clínica sintomática, ponderal y del índice de masa corporal (IMC) a 6, 12, 24, 36 y 48 meses. **Resultados y discusión:** Durante todos los años del estudio, un pequeño porcentaje de los pacientes vistos en la Unidad era por obesidad. El 54,54% de los pacientes incluidos eran mujeres. En estos pacientes se ha puesto en práctica un tratamiento multifactorial, basado en dieta mediterránea, ejercicio físico, psicoterapia y fármacos. De estos últimos, destaca la lisdexanfetamina (LDX) ya que era el fármaco más prescrito. Al inicio de la terapia muchos son los pacientes que disminuyen su peso, sin embargo, conforme pasa el tiempo de seguimiento, menos son los que bajan su IMC e incluso algunos aumentan. Al final del seguimiento la mayoría de ellos han bajado a sobrepeso y normopeso, estando al principio en grados mayores de obesidad. Se han encontrado comorbilidades médicas y psiquiátricas importantes. A destacar las del aparato digestivo y endocrino, el trastorno por déficit de atención (TDAH) o el trastorno por atracones. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes han tenido una mejoría global de síntomas tras el seguimiento por

ABSTRACT

Objective: To screen patients under 18 years of age with obesity (Body Mass Index >30 kgr/m² or PC>97) treated at an Eating Disorders Unit (UTCA) from 2015 to 2020. **Material and Methods:** descriptive cross-sectional study of 22 patients recruited after their first visit for obesity, with evolutionary follow-up, assessed by means of Clinical Global Impression Scale (CGI) at the beginning and at the end and analysis of the clinical symptomatic, weight and body mass index (BMI) evolution at 6, 12, 24, 36 and 48 months. **Result and discussion:** Throughout the study, a small percentage of the patients seen in the UTCA were due to obesity. Of the patients included, 54,54% were women. A multifactorial treatment was implemented in these patients, based on a Mediterranean diet, physical exercise, psychotherapy and drugs. Of the latter, lisdexanfetamine (LDX) stands out, as it was the most prescribed drug. At the beginning of therapy many patients experienced a decrease in their BMI and some even increased it. At the end of the follow-up period most of them evolved to overweight or normal weight, being at higher degrees of obesity at the beginning. Significant medical and psychiatric comorbidities were found. Digestive and endocrine system disorders, Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and binge eating disorder were the most important ones. **Conclusions:** Most patients have had an overall improvement of symptoms after the follow-up period in the Unit. Treatment strategies

la Unidad. Las estrategias de tratamiento parecen ser eficaces y sugieren continuar en esta línea de trabajo.

Palabras clave: Obesidad infanto-juvenil, índice de masa corporal (IMC), escala de impresión clínica global (ICG), lisdexanfetamina (LDX).

appear to be effective and suggest a continuation of this line of work.

Keywords: Childhood obesity, body mass index (BMI), clinical global impression scale (CGI), lisdexanfetamine (LDX).

INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un índice de masa corporal (IMC) o Quetelet superior a 25 Kg/m² se considera sobrepeso y superior a 30 Kg/m², obesidad. El IMC es una fórmula que se obtiene dividiendo el peso del sujeto en kilogramos (Kg), entre la talla al cuadrado (en metros al cuadrado; m²): $IMC = \text{peso (Kg)} / \text{talla}^2 \text{ (m}^2\text{)} = \text{kg/m}^2$.

La obesidad tiene diferentes grados en función del IMC que tengan los pacientes. Así pues, obesidad grado I se incluyen a los pacientes cuyo IMC está entre 30 Kg/m² y 34,9 Kg/m². Obesidad grado II va desde el IMC 35 Kg/m² hasta el 39,9 Kg/m² y, por último, obesidad grado III o mórbida, serían aquellos pacientes cuyo IMC es mayor o igual que 40 Kg/m². Luego se incluye también otro grado de obesidad, grado IV o extremo, que serían aquellos pacientes con IMC mayor o igual a 50 Kg/m². Además, el sobrepeso se divide también en grados, siendo el sobrepeso grado I cuando el IMC está entre 25 Kg/m² y 26,9 Kg/m² y sobrepeso grado II con el IMC entre 27 Kg/m² y 29,9 Kg/m².

Cuando los pacientes son menores de 14 años, se deben tener en cuenta los percentiles (Pc) de IMC, peso y talla. Los percentiles indican en qué lugar se encuentra el sujeto con respecto a otros pacientes de la misma edad y el mismo sexo. Se define sobrepeso entre el percentil 85 hasta el 97 y obesidad cuando el percentil es ≥ 97 .

Además de esta clasificación según el IMC, se puede clasificar la obesidad desde un punto de vista morfológico. En este caso, se emplea el perímetro de cintura, circunferencia abdominal. En adultos, este dato es un buen indicador de la grasa visceral

y del riesgo cardiovascular. Según esta clasificación, la obesidad puede ser abdominal, central o superior (fenotipo androide) y se caracteriza por acumulo de grasa en región cervical, cara, tronco y abdomen superior. Se consideran puntos de corte en el perímetro abdominal (a partir de los cuales, se incrementa el riesgo cardiovascular en los pacientes) de >102 centímetros (cm) en varones y >88 cm en mujeres. Otro tipo de obesidad, ateniendo a la distribución grasa, es la obesidad gluteofemoral o periférica (fenotipo ginoide) cuando se acumula en la parte inferior del cuerpo (caderas, región glútea y muslos) y, por último, la obesidad de distribución homogénea, cuando el exceso de grasa no predomina ninguna zona del cuerpo.

En los últimos años, la prevalencia de la obesidad ha ido en claro aumento. Se estima que en España un 17% de la población presenta un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ y más del 50% $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Aunque en todas las edades constituye uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo, en menores de edad estas cifras son alarmantes. Ya en el 2014, la OMS declaraba que se estimaba que 41 millones de niños presentaban obesidad o sobrepeso. España constituye el cuarto país europeo de mayor prevalencia de obesidad en este grupo de población. Ante lo preocupante de esta situación, cobra relevancia este estudio (1).

La obesidad en la infancia está causada por diversos factores entre los que se encuentran los culturales, ambientales, interpersonales, psicológicos, conductuales y biológicos/neurológicos. Todos estos factores, de manera interrelacionada, influyen de forma negativa en el paciente y generan esta patología, que más allá de un problema estético, constituye una enfermedad crónica. La mayoría de los pacientes obesos tienen una obesidad exógena (es decir, hay un balance positivo entre la ingesta calórica,

acompañada o no de descenso de gasto energético). Este hecho, sumado a los otros factores, constituye la causa fundamental de la enfermedad.

Sin embargo, una minoría de pacientes obesos presentan obesidad secundaria a otras enfermedades siendo las más destacables enfermedades metabólicas como el hipotiroidismo, hipercortisolismo (Síndrome de Cushing), déficit de hormona de crecimiento (GH), síndrome de ovario poliquístico, hiperinsulinismo o hipogonadismo. También hay otras menos frecuentes en la población como son los síndromes genéticos tales como Prader Willi, Síndrome de Down, de Cohen, etc. Una de las causas que no pueden pasar desapercibidas, son los fármacos que inducen a la obesidad. Los más relevantes serían los corticoides, las hidrazidas, las fenotiazinas, o la ciproheptadina. Sin embargo, esta causa en los niños, aunque no está de más descartarla, es poco habitual.

Debido a que las causas de la obesidad son múltiples, el tratamiento debe estar basado también en múltiples estrategias. Dependiendo del grado de obesidad o sobrepeso que se padezca, se debe tener unos objetivos de pérdida de peso u otros. Así pues, si se parte de un sobrepeso, el objetivo será reducir el peso entre un 5-10%. Si el IMC de inicio es compatible con obesidad grado I el objetivo será de perder un 10%. En obesidad grado II, se deberá perder más del 10% del peso para considerar eficaz el tratamiento y en la obesidad grado III más del 20% será el objetivo. En todas ellas se debe implementar dieta hipocalórica y ejercicio físico. Los fármacos son recomendados en todos los grados de obesidad y de sobrepeso siempre y cuando haya comorbilidades asociadas o si no hay pérdidas con las otras medidas en 6 meses.

La hipótesis principal del estudio sugiere que se obtienen buenos resultados evolutivos a corto, medio y largo plazo en más del 30% de pacientes obesos infanto-juveniles si se emplean tratamientos psicoterápicos y farmacológicos como lisdexafetamina, fluoxetina o zonisamida, es decir, que son objetivamente eficaces en los pacientes. Se cree además que hay una asociación relevante entre obesidad y la comorbilidad de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Así mismo, también se recogen en la literatura la relación de esta enfermedad con otras comorbilidades ya sean médicas o psiquiátricas.

El objetivo de este estudio es revisar los pacientes atendidos en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) durante seis años por obesidad, sus comorbilidades asociadas, tratamientos y evolución —con base en el peso perdido o ganado, la evolución del IMC y la escala subjetiva *Clinical Global Impression* (CGI) o *Impresión clínica global* (ICG)—.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos. La muestra inicial objeto de esta investigación, comprende sujetos niños y adolescentes menores de 18 años que acuden a su primera visita a la UTCA del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, de referencia para la Comunidad Autónoma de Aragón, por obesidad (IMC > 30 kgr/m² o >Pc 97) durante los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020. Se revisan las historias de 541 pacientes el primer día de visita en la Unidad durante seis años que acuden por un Trastorno de Conducta Alimentaria (TCA) según el DSM-5: anorexia nerviosa (AN, F50.2), bulimia nerviosa (BN, F50.9), trastorno de atracones o sobreingesta compulsiva, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA o ARFID), trastorno de rumiación, pica, otros trastornos alimentarios o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE, F50.9) o por E66 obesidad.

Así pues, se seleccionan los pacientes con diagnóstico de E66 según el CIE-10 Obesidad. En ellos se realiza revisión de las historias clínicas, de sus comorbilidades médicas y psiquiátricas, sus tratamientos psicoterápicos y farmacológicos, se asigna valoración con ICG al inicio y final de seguimiento y se valora su evolución clínica sintomática, ponderal y de IMC a los 6, 12, 24, 36 y 48 meses.

En 2015 las primeras visitas acumuladas a fecha diciembre de 2015 son 111. De ellas 1 es por E66 obesidad. En 2016 las primeras visitas contadas a fecha de diciembre de 2016 son 87, siendo 1 de ellas por E66 obesidad. Al año siguiente, en 2017, las primeras visitas son de 94 y 4 son por E66 obesidad. En 2018 las primeras visitas contabilizadas a fecha diciembre de 2018 son 100. De ellas 5 son por E66 obesidad. En 2019 son 70 las primeras visitas que se acumulan a final de ese año en la UTCA y 6 son por

6

E66 obesidad. Por último, en 2020 las primeras visitas a fecha diciembre de 2020 son 81, 5 de ellas son por E66 obesidad. El presente estudio cumple con las normas éticas y legales aplicables. Ha sido evaluado y posteriormente autorizado por el Comité de Ética de la Comunidad de Aragón (CEICA) y por la Dirección Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y del Sector III de Aragón.

Como criterios de inclusión a la muestra se determinó: todo paciente menor de 18 años con criterio diagnóstico E66 Obesidad ($\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ o $> \text{Pc } 97$) visto el primer día en UTCA. Además, se incluyó sólo a los pacientes en los que su primera visita está registrada entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2020 y con historia clínica documentada. Los criterios de exclusión que se determinaron fueron: paciente mayor de 18 años, paciente cuya primera visita no estuviera registrada entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2020 y pacientes con discapacidad intelectual diagnosticada.

La muestra inicial incluyó a un total de 24 pacientes, de los cuales 22 finalmente cumplieron con los criterios establecidos para participar en el estudio. Las características de peso, peso ganado o peso perdido al final del seguimiento, talla e índice de masa corporal (IMC) se determinaron como variables cuantitativas dependientes antropométricas. La variable de Quetelet o IMC se valoró a los 6 meses, 12 meses, 24 meses y 48 meses de seguimiento de los pacientes por la UTCA. Dado que cada paciente tiene su propio IMC de partida, para poder comparar todos ellos, se contaron, en lugar del número absoluto, los puntos que había subido o bajado éste en relación al IMC al inicio del tratamiento, agrupándolos a continuación en los siguientes rangos: $\text{IMC} < -10$ (para aquellos pacientes que hayan bajado 10 o más puntos su IMC), $-10 < \text{IMC} < -5$ (para los sujetos que su IMC haya disminuido de 10 a 5 puntos desde el inicio), $-5 < \text{IMC} < 0$ (para aquellos que su IMC haya bajado de 5 puntos a 0), $0 < \text{IMC} < 5$ (para los pacientes que hayan subido su IMC entre 0 y 5 puntos), $5 < \text{IMC} < 10$ (para los que su IMC haya variado entre 5 y 10 puntos) y $10 < \text{IMC}$ (para los que su IMC sea mayor de 10 puntos al del inicio).

Se ha considerado que el IMC es más fiable para medir de manera objetiva la pérdida o ganancia ponderal del estado nutricional en estos pacientes. Para calcularlo se incluye la talla ($\text{IMC} (\text{Kg/m}^2) = \text{peso/talla}^2$) y, dado que la mayoría de nuestros pacientes están todavía en edad de crecimiento (las mujeres crecen hasta los 14-16 años y los varones hasta los 16-18 años), y la talla puede influir mucho en el peso en kilogramos que tengan, el IMC es la mejor variable para observar la evolución de estos pacientes.

Para valorar la gravedad de la enfermedad se siguió la escala de *Impresión clínica global* (ICG). Se asignaron puntuaciones del 1 al 7 en relación a la presencia de síntomas de los sujetos incluidos en el estudio: estado emocional (ansiedad, irritabilidad), comportamiento social, conductas restrictivas, purgativas y/o compensatorias (como el ejercicio físico), ingresos hospitalarios y síntomas orgánicos (por ejemplo, amenorrea). Se reagruparon en tres categorías de gravedad: alta (puntuaciones 6-7), media (puntuaciones 4-5) y baja gravedad (2-3). No hubo ningún participante con puntuación menor de 2 y la variable de ingreso hospitalario fue considerada por sí sola categoría alta.

Para valorar la mejoría global de la enfermedad tras el fin del seguimiento (bien por alta, por traslado de expediente o por pérdida de los pacientes) se valoró también con la misma escala. Se asignaron puntos del 1 al 7 en función de la comparación de los síntomas en ese momento con el estado inicial. Se reagruparon en tres categorías: mejor (puntuaciones 1-3), sin cambios (puntuación 4), peor (puntuaciones 5-7).

Para el análisis estadístico de los diversos datos necesitados en este estudio se ha usado el software estadístico gratuito *EPIinfo*. Para calcular intervalos de confianza de proporciones al 95% se ha necesitado la *calculadora de intervalo de confianza PEDro* (Herbert R. Confidence Interval Calculator).

Además, se ha hecho una búsqueda bibliográfica de algunos puntos claves del estudio para realizar una comparativa entre lo que se evidencia en la literatura y los datos arrojados en este. Para ello, se usaron bases de datos como *Pubmed* o *Google Scholar* y se introdujeron términos encontrados en la biblioteca virtual de España MeSH (*Medical Subject Headings del*

Index Medicus), en función de lo que se quisiera buscar. Además, se pusieron diversos filtros como *Free full text* o el filtro de fecha de publicación (no más de 4 años) para asegurarse de que los datos contenidos en los artículos no estuvieran desfasados.

RESULTADOS

Tras la recogida de datos de los 22 pacientes vistos por la UTCA desde el 2015 a 2020 con diagnóstico de E-66 (CIE-10) obesidad, se procede a la descripción de los mismos.

Lo primero a destacar es la gran diferencia de pacientes en la UTCA que cada año se tratan por obesidad y aquellos que se ven por F50 (CIE-10) otros trastornos de conducta alimentaria (TCA) (anorexia y TCA no especificados fundamentalmente) (Figura 1). En 2015 un 1% de las consultas de primer día fue por obesidad (1/111), al igual que en 2016 (1/87). En 2017 fueron 4% los pacientes vistos por primera vez en la unidad y diagnosticados de obesidad (4/94). En 2018 el 95% fue por otros TCA y solo el 5% por obesidad (5/100). Al año siguiente, el porcentaje de obesos en la unidad aumentó hasta el 9% (6/70). Y, por último, en 2020 un 6% de las consultas de primer día fue por obesidad (5/81), siendo el 94% restante de otros trastornos de conducta alimentaria (F50 TCA).

Así pues, el total de pacientes obesos en todos estos años fue el 4.05% (22/543).

La edad media de la muestra ha sido de 13,05 años de edad, siendo el paciente con menor edad visto por la UTCA de 6 años y 8 meses y el mayor paciente de 17 años y 11 meses (rango de las edades de los pacientes: 6 años 8 meses- 17 años 11 meses).

Teniendo en cuenta diversas variables, la del sexo ha mostrado que el 45,45% ($IC_{95\%}=36,04-55,20$) de los pacientes obesos menores, son varones, siendo el porcentaje de mujeres de 54,54% ($IC_{95\%}=44,79-63,95$) (Figura 2). Así pues, en esta Unidad, aunque con poca diferencia, se vieron durante los 6 años que dura el estudio, más mujeres que hombres con E66 obesidad.

Para valorar la variable del peso de los pacientes se ha usado el Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC, Kg/m²) a los 6 meses, 12 meses, 24 meses y 48 meses del seguimiento y el peso (en kilogramos) perdido o ganado durante los mismos periodos de tiempo. Cabe destacar que, según los datos, tal y cómo se muestra en la Figura 3, conforme iba avanzando el seguimiento, se iban perdiendo pacientes siendo al inicio la muestra de 22 sujetos, sin cambios a los 6 meses. A los 12 meses se redujo a 21, a los 24 ha llegado hasta los 18 y a los 48 meses terminó siendo de 10 pacientes. Estas pérdidas de muestra se deben a tres factores: pérdida de seguimiento de los pacientes, traslado de su expediente a otro hospital o alta debido a mejoría clínica o a petición del paciente o sus tutores legales.

OBESIDAD VS ANOREXIA

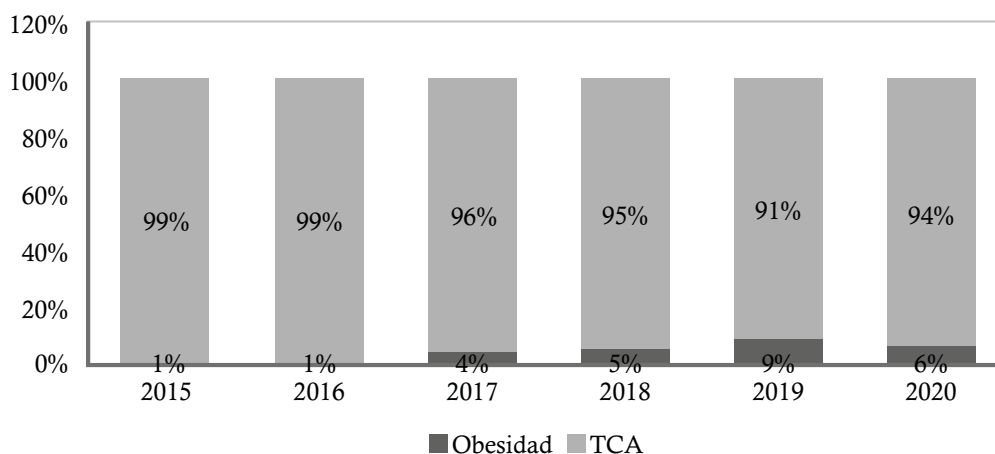


Figura 1. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de obesidad vs otros TCAs en las consultas de primer día de la UTCA en los diferentes años del estudio.

PACIENTES POR SEXO

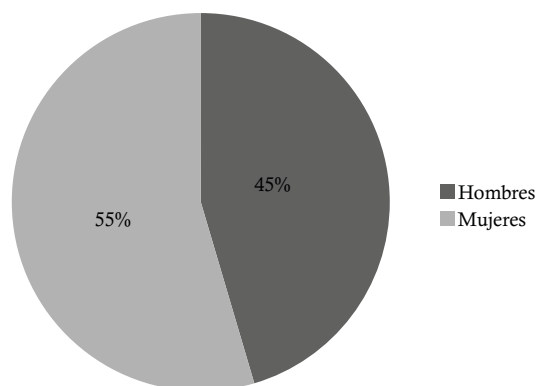


Figura 2. Pacientes visto por la UTCA según el sexo (hombres vs. mujeres).

NÚMERO DE PACIENTES POR MES DE SEGUIMIENTO

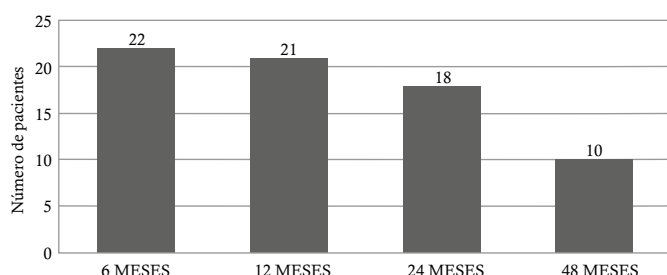


Figura 3. Número de pacientes incluidos en el estudio cada mes de seguimiento por la unidad.

Teniendo en cuenta el peso perdido o ganado de nuestros pacientes y, en este caso, en función del peso con el que se inició el seguimiento por la UTCA, se ha evidenciado que a los 6 meses de terapia 16 de ellos han perdido peso y 6 han ganado. A los 12 meses, 15 pacientes han perdido y 6 son los sujetos que han ganado. A los 24 meses, 14 de ellos bajaron kilogramos y, por el contrario 4, subieron de peso. Por último, a los 48 meses 7 de los pacientes siguieron perdiendo peso con el tratamiento puesto por la UTCA y 3 de ellos, incrementaron el peso.

Como se evidencia en la **Figura 4**, todos los meses de seguimiento, fueron más los pacientes que perdían peso que los que ganaban. Sin embargo, la diferencia entre los mismos, conforme avanza el estudio, es mucho menor (es decir, a los 6 meses eran muchos más los sujetos que perdían peso que los que lo ganaban, siendo la brecha menor a los 48 meses).

Sin embargo, si el peso ganado y perdido lo valoramos, en lugar de con números absolutos, en porcentaje de pacientes en función de los meses de seguimiento (ya que se han ido perdiendo pacientes a lo largo de esos meses, como se ha mencionado anteriormente), el resultado varía.

Tal y como se representa en la **Figura 5**, a los 6 meses el 72,72% ($IC_{95\%}=63,27-80,49$) de los pacientes perdieron peso mientras que el 27,32% ganaron ($IC_{95\%}=24,30-58,15$). A los 12 meses, los pacientes que pierden peso disminuyen hasta ser el 71,4 % ($IC_{95\%}=61,88-79,34$), siendo el 28,6% ($IC_{95\%}=20,66-38,12$) restante aquellos que ganan kilos, siguiendo la tendencia antes comentada. En el periodo hasta cumplir los 24 meses esta tendencia fisiológica se modifica, siendo un 77,8% ($IC_{95\%}=68,71-84,83$) los pacientes que pierden peso y un 22,2% ($IC_{95\%}=15,17-31,29$) los que ganan (en este caso, son más que al principio los que pierden peso). Por último, a los 48 meses, otra vez vuelve la tendencia siendo un 70% ($IC_{95\%}=60,42-78,11$) los pacientes que pierden peso. Por lo tanto, en este periodo se ve que son menos los pacientes que pierden peso que al principio del seguimiento, cuando eran el 72,72% ($IC_{95\%}=63,27-80,49$).

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES

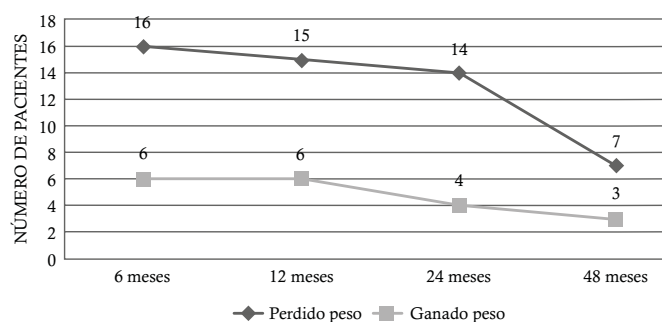


Figura 4. Número de pacientes que han perdido o ganado peso según los meses de seguimiento.

Por otro lado, se valora la variable del Quetelet o IMC. Para valorarlo, dado que todos los pacientes parten del suyo propio, se ha decidido evaluar los puntos subidos o bajados partiendo del IMC de inicio (por ejemplo, si un paciente al inicio del seguimiento tiene un IMC de 38 y a los 6 meses, su IMC se ha

reducido a 33, ese paciente ha bajado 5 puntos su IMC). Además, para agruparlos, se han evaluado en función de rangos de puntos, tal y como está representado en la [Figura 6](#). En el periodo desde el inicio hasta los 6 meses de seguimiento, un paciente fue el que disminuyó su IMC más de 10 puntos, otro de ellos lo hizo entre 10 y 5 puntos. El grueso de la muestra (14 pacientes) redujeron su IMC entre 5 y 0 puntos. Siendo 6 de ellos los que aumentaron peso (5 pacientes entre 0 y 5 puntos su IMC de partida y 1 paciente entre 5 y 10). Ninguno de los pacientes aumentó durante este periodo de tiempo más de 10 puntos su IMC.

A los 12 meses, ninguno de los pacientes disminuyó su IMC más de 10 puntos. En 5 de ellos su IMC se redujo entre 10 y 5 puntos. La mayoría, 10 de los pacientes, nuevamente, redujo su IMC entre 5 y 0 puntos. El resto tuvo una ganancia de su IMC. 5 de los sujetos lo aumentó entre 0 y 5 puntos y uno más de 10.

Nuevamente, a los 24 meses, ninguno de ellos bajó su IMC más de 10 puntos. En este periodo de tiempo, los pacientes que redujeron entre 10 y 5 puntos su IMC y los que lo redujeron entre 5 y 0 se igualaron, siendo 7 en ambos rangos. 3 pacientes fueron los que aumentaron su IMC durante estos meses entre 0 y 5 puntos. Ninguno de ellos aumentó entre 5 y 10, pero uno de los sujetos incrementó su IMC más de 10 puntos.

Por último, a los 48 meses un paciente redujo su IMC más de 10 puntos. De nuevo, la mayoría de los pacientes (6 de ellos) disminuyeron su IMC entre 5 y 0 puntos, quedando vacío el rango de $-10 < \text{IMC} < -5$. Uno de los sujetos aumentó su IMC entre 5 y 10 puntos y 2 de ellos, lo hicieron más de 10 puntos.

Así pues, se puede ver, al igual que con la variable peso ganado o perdido que, cuanto más avanzan los meses de seguimiento, más son los pacientes que aumentan su peso y menos los que disminuyen. Además, con esta variable se puede apreciar que al principio había pacientes que disminuían mucho su IMC (más de 10 puntos), siendo prácticamente ninguno de los pacientes los que lo hacen en los siguientes meses de tratamiento.

Por el contrario, a los 6 meses ninguno de los pacientes aumenta de peso más de 10 puntos, siendo esto más habitual conforme más avanzado está el estudio.

También vamos a valorar a los pacientes en función del grado de obesidad que padecen al inicio y al final del seguimiento por la UTCA.

Como se muestra en la [Figura 7](#), un 63,6% de los pacientes (14/22; $\text{IC}_{95\%}=42,95-80,27$) padecían al inicio del seguimiento obesidad grado I. El 22,7% (5/22; $\text{IC}_{95\%}=10,12-43,44$) se incluía en obesidad grado II y el 13,6% (3/22; $\text{IC}_{95\%}=4,75-33,33$) tenía obesidad grado III u obesidad mórbida.

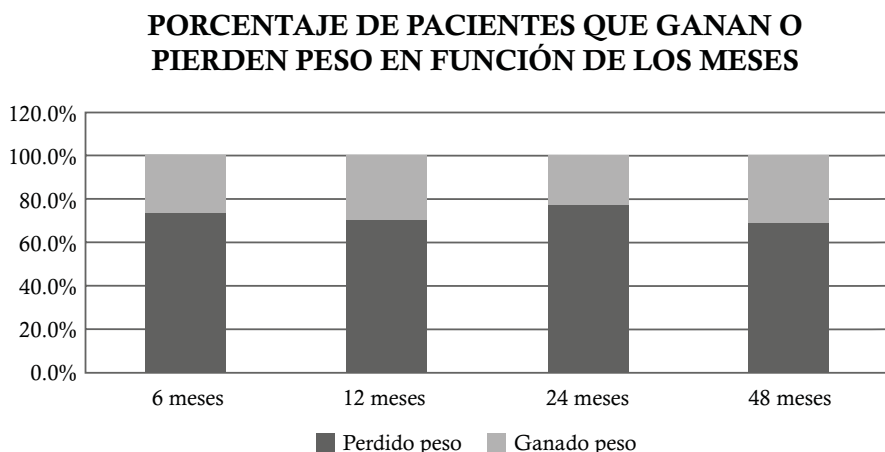


Figura 5. Porcentaje de pacientes que pierden o gana peso en función de los meses de seguimiento.

10 Si valoramos la evolución de todos los pacientes a lo largo de su seguimiento por la UTCA (teniendo en cuenta el IMC al final) y, tal y como está recogido en la [Tabla 1](#), vemos que de todos los pacientes que empezaron con obesidad grado I, 2 de ellos bajó su IMC hasta el normopeso y 4 bajaron hasta tener un IMC compatible con sobrepeso. 6 de los pacientes, se mantuvieron en obesidad grado I al final del seguimiento y dos aumentaron hasta grado II.

Analizando los pacientes que comenzaron con grado II, ninguno de ellos bajó tanto su IMC como para incluirse en el grupo de sobrepeso o normopeso. 3 de ellos disminuyeron su peso hasta estar en obesidad grado I y 2 se mantuvieron en el mismo grado de obesidad.

Por último, de los pacientes que tenían grado III de obesidad al inicio del seguimiento por la UTCA, 2 de ellos bajaron hasta tener grado II y uno se mantuvo

en obesidad mórbida. Ninguno de los pacientes de este grupo disminuyó su peso para llegar a estar en grados más bajos de obesidad.

Por lo tanto, el porcentaje de pacientes que al final del seguimiento por la UTCA acaban con normopeso son el 9.1% (2/22; IC_{95%}=2,53-27,81). El porcentaje de los que finalizan con sobrepeso es del 25% (4/22; IC_{95%}=7,31-38,52). El porcentaje de los que están dentro del grupo de obesidad grado I pasa a ser de 41% (9/22; IC_{95%}=23,26-61,27). El 27% están incluidos en obesidad grado II (6/22; IC_{95%}=13,15-48,15), y tan solo el 5% de los pacientes (1/22; IC_{95%}=0,81-21,80) finaliza el seguimiento en obesidad grado III. ([Figura 8](#)).

Otra de las variables que se ha querido estudiar en este trabajo son las comorbilidades, tanto médicas como psiquiátricas, que tienen los pacientes de la UTCA con obesidad.

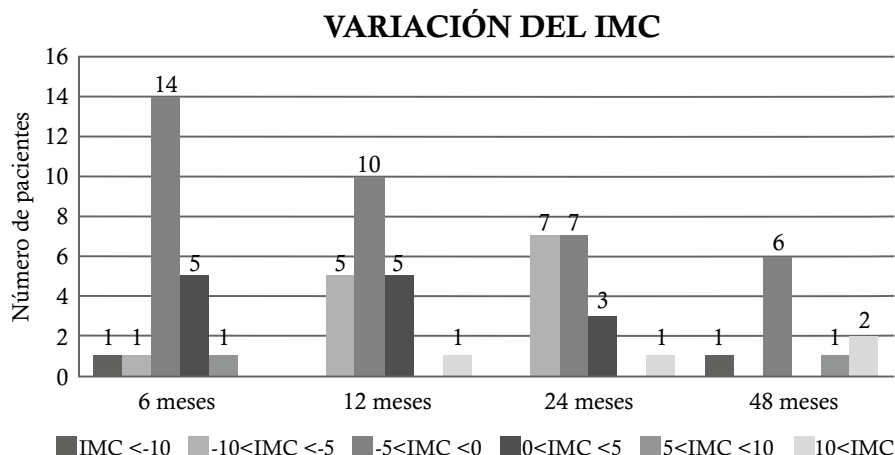


Figura 6. Número de pacientes por meses en función de su variación del IMC por rangos.

Tabla 1. Modificación del número de pacientes en los grados de obesidad en función del IMC al inicio del seguimiento y al final.

GRADO AL INICIO	GRADO DE OBESIDAD AL FINAL				
	NORMOPESO	SOBREPESO	OBESIDAD GRADO I	OBESIDAD GRADO II	OBESIDAD GRADO III o MÓRBIDA
OBESIDAD GRADO I	2 (9,1%)	4 (25%)	6 (27%)	2 (9,1%)	0 (0%)
OBESIDAD GRADO II	0 (0%)	0 (0%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)	0 (0%)
OBESIDAD GRADO III o MÓRBIDA	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	1 (5%)

GRADOS DE OBESIDAD AL INICIO

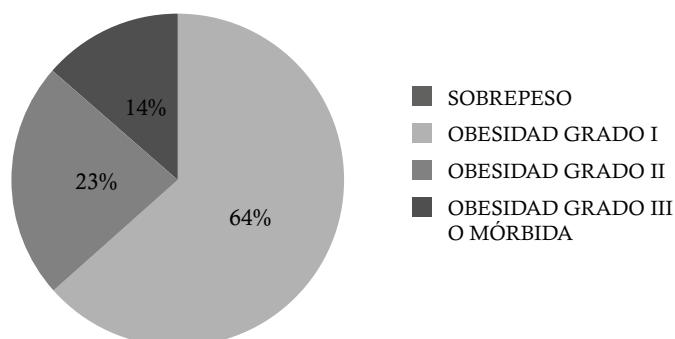


Figura 7. Porcentaje de pacientes incluidos en los diferentes grados de obesidad al inicio del seguimiento.

GRADOS DE OBESIDAD AL FINAL

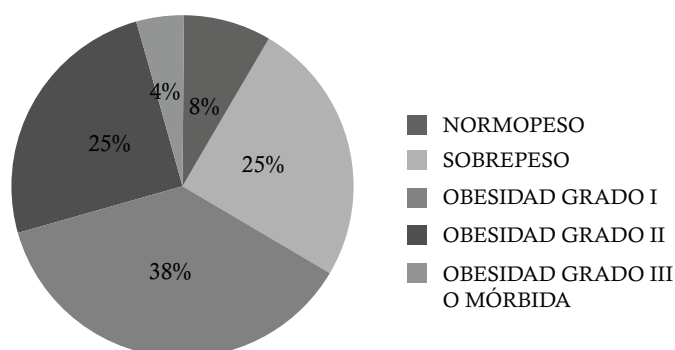


Figura 8. Porcentaje de pacientes incluidos en los diferentes grados de obesidad al final del seguimiento.

En cuanto a las comorbilidades médicas (Figura 9), un 27% ($IC_{95\%}=19,27-36,43$) del total de la suma de las comorbilidades que padecen los pacientes (teniendo en cuenta que alguno de ellos padecerá más de una al mismo tiempo) son las relacionadas con el aparato digestivo, siendo el mismo porcentaje el que se establece en los síntomas neurológicos. El 20% de las comorbilidades médicas se deben a patologías relacionadas con el sistema endocrino ($IC_{95\%}=13,34-28,88$). Un 13% son patologías del aparato locomotor y otro 13% del aparato respiratorio ($IC_{95\%}=7,76-20,98$).

Si valoramos cuál es el número de pacientes que tienen cada grupo de comorbilidades (Figura 10), vemos que 4 de los 22 pacientes (es decir, un 18,18%; $IC_{95\%}=7,31-38,52$) padecen patologías del aparato digestivo. También 4 de 22 padecen síntomas neurológicos ($IC_{95\%}=7,31-38,52$). 3 son los pacientes

que asocian patologías del sistema endocrino (13,6%; $IC_{95\%}=4,75-33,33$). Y en cuanto a patologías del aparato respiratorio y locomotor son 2 pacientes, respectivamente, los que las padecen (lo que supone un 9,1%; $IC_{95\%}=2,53-27,81$). En estos datos, hay que tener en cuenta que algún sujeto padece varias de ellas y otros no padecen ninguna.

COMORBILIDADES MÉDICAS

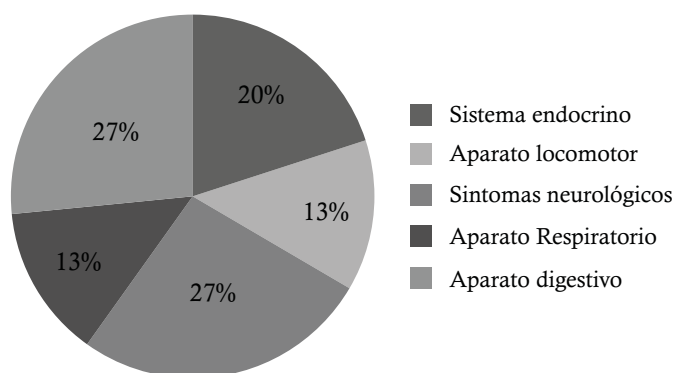


Figura 9. Proporción de comorbilidades médicas.

Las comorbilidades psiquiátricas que padecen los pacientes de la muestra, se pueden dividir en las siguientes patologías: F90 Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), F50.9 trastorno por atracones (*binge eating disorder*), F50.2 bulimia nerviosa y F4 ansiedad. Además, como punto relevante, cabe destacar también circunstancias vitales (tales como acoso escolar o *bullying*, duelo o Z63 ruptura familiar por separación de los padres) que afectan a alguno de nuestros pacientes y que favorecen la descompensación anímica de los mismos.

De nuevo, si en lugar de globalmente, valoramos cuántos pacientes tienen cada comorbilidad (Figura 11), se destaca que el 68,18% de los pacientes padecen TDAH (15 de 22; $IC_{95\%}=47,32-83,64$). 8 de los 22 pacientes están además diagnosticados de trastorno por atracones (un 36,36% de los pacientes; $IC_{95\%}=19,73-57,05$). Un 31,81% de los pacientes (7 de 22; $IC_{95\%}=16,36-52,68$) tienen circunstancias vitales desfavorables, así como ansiedad. Y, por último, el 13,6% de los pacientes (3 de ellos; $IC_{95\%}=4,75-33,33$) padecen bulimia nerviosa además de obesidad.

También hay que tener en cuenta que, algunos de los pacientes, padecen varias comorbilidades al mismo

12

tiempo. Por ello, si se realiza solamente el recuento total de las comorbilidades, sin tener en cuenta, el total de pacientes, el 37% lo representa el TDAH, el 20% el trastorno por atracones. Por su parte, las circunstancias vitales y la ansiedad representarían el 18% y el 7% restante corresponde a la bulimia nerviosa.

En este estudio, también se ha decidido valorar los tratamientos que llevan los pacientes de la Unidad y cómo han afectado éstos a su peso.

En cuanto a los fármacos que se han usado para la reducción de peso o que, pese a no ser esa función principal, pueden ayudar a hacerlo encontramos los siguientes: lisdexanfetamina dimesilato (Elvanse), zonisamida, fluoxetina, sertralina y topiramato. Hay que tener en cuenta, que algunos de los pacientes toman uno o varios de estos fármacos al mismo tiempo.

El 72,73% ($IC_{95\%}=63,28-80,50$) de los pacientes tenían indicación para tomar Dimesilato de lisde-xanfetamina (LDX, Elvanse). De todos los pacientes estudiados en tratamiento con LDX, 10 de ellos han perdido peso y 6 han ganado al final del seguimiento.

Otro de los fármacos a destacar es la Zonisamida, la cual, la toman un 36,36% ($IC_{95\%}=27,60-46,13$) de los pacientes de la UTCA. En este estudio, se ha visto que, con este fármaco, 2 de los pacientes han perdido peso y 6 han engordado al final del seguimiento.

De los pacientes de la UTCA, un 27,27% ($IC_{95\%}=19,50-36,72$) toman fluoxetina. De estos, 2 de los pacientes que llevaban el fármaco perdieron peso y 4 ganaron.

Un 9,09% de los pacientes incluidos en este estudio estaban en tratamiento con sertralina. 2 de ellos ganaron peso y ninguno de los pacientes perdió kilogramos.

Por último, otro de los fármacos que se han usado en estos pacientes es el Topiramato. Un 9,09% de nuestros pacientes ($IC_{95\%}=4,87-16,34$) estaba en tratamiento con este fármaco. De ellos, 1 mostró reducción significativa de peso y otro ganó peso al final del seguimiento.

Todos estos datos, se muestran en las Figuras 12 y 13.

Un 65% de los pacientes ($IC_{95\%}=55,25-73,64$) estaban apuntados a actividades que implican ejercicio físico, otro de los pilares fundamentales del tratamiento, sin embargo, una minoría de ellos las realizaban de forma habitual.

Por otro lado, para valorar la gravedad de la enfermedad al inicio del tratamiento y la mejoría clínica global al final del seguimiento, se siguió la Escala de Impresión Clínica Global (ICG).

Al inicio del mismo, para valorar la gravedad, se tuvieron en cuenta diversos síntomas, además de la pérdida de peso, como el estado emocional, las conductas sociales, los ingresos hospitalarios y síntomas orgánicos que padecían nuestros pacientes. El 5% de estos ($IC_{95\%}=2,15-11,18$) tenían gravedad alta. La mayoría de ellos (86%; $IC_{95\%}=77,86-91,47$) estaban en gravedad media y un 9% en gravedad baja ($IC_{95\%}=4,81-16,23$) (Tabla 2 y Figura 14).

COMORBILIDADES MÉDICAS SEGÚN PACIENTES

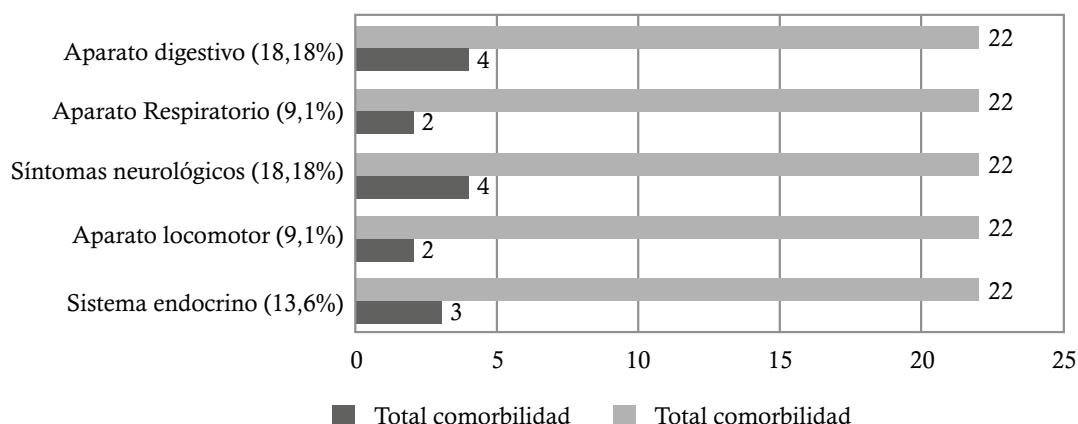


Figura 10. Número de pacientes que padecen cada comorbilidad médica.

COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS SEGÚN PACIENTES

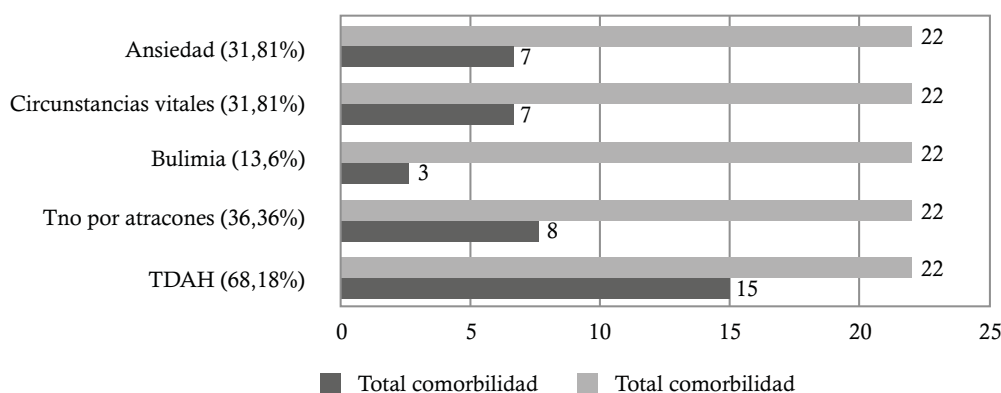


Figura 11. Número de pacientes que padecen cada comorbilidad psiquiátrica.

FARMACOS

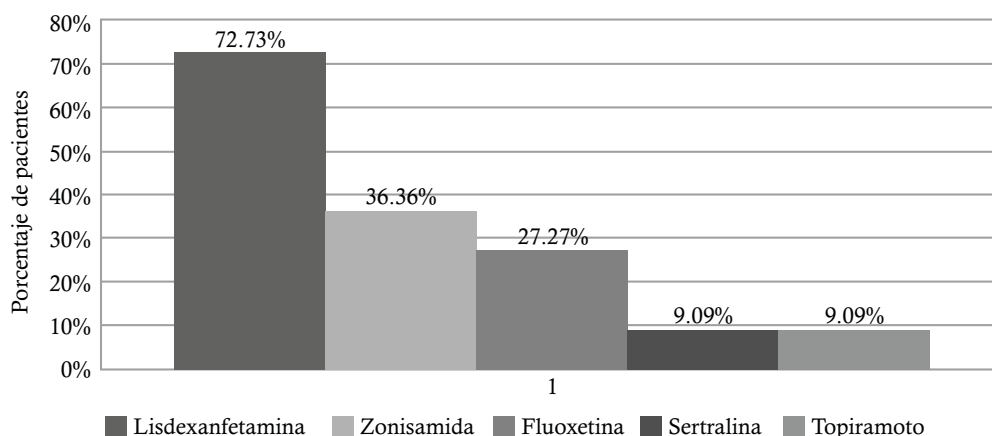


Figura 12. Porcentaje de pacientes que toma cada fármaco para la reducción de peso.

EVOLUCIÓN DEL PESO EN FUNCIÓN DEL FÁRMACO

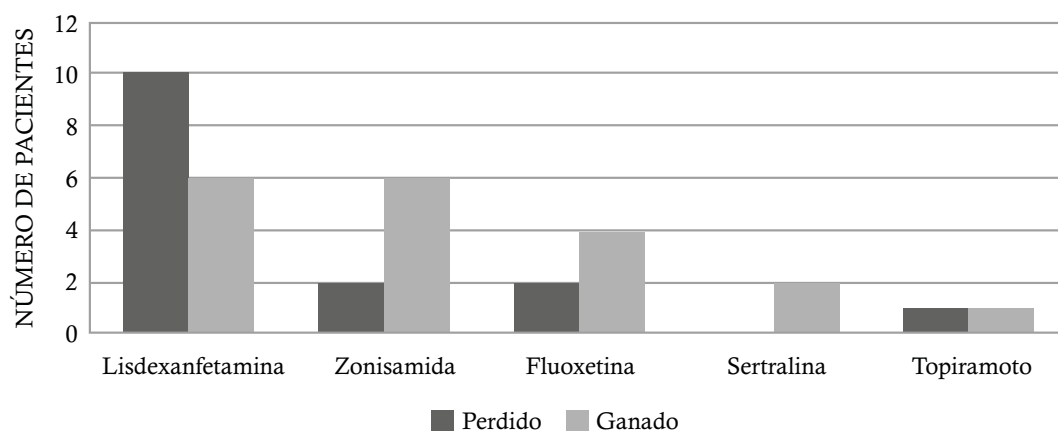


Figura 13. Número de pacientes que han reducido o ganado su peso con diferentes fármacos.

Al final del seguimiento de estos pacientes, se volvieron a valorar con la misma escala los síntomas comentados al principio y se vio la evolución positiva o negativa de los mismos. Se puede evidenciar que el 63,63% de los mismos (14/22; $IC_{95\%}=53,68-72,39$) habían tenido una mejoría tras el paso por la UTCA. Un 9,1% (2/22; $IC_{95\%}=4,88-16,35$) se mantuvo sin cambios y un 27,27% (6/22; $IC_{95\%}=19,50-36,72$) tuvo un empeoramiento de sus síntomas (Tabla 3 y Figura 15).

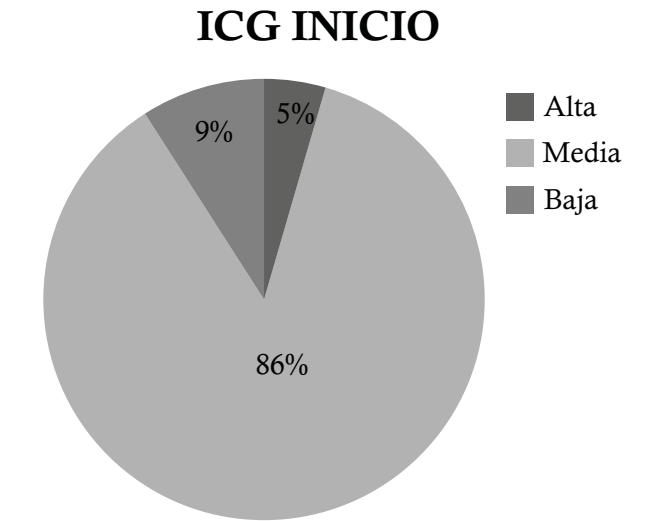


Figura 14. Porcentaje de pacientes según gravedad en la escala ICG.

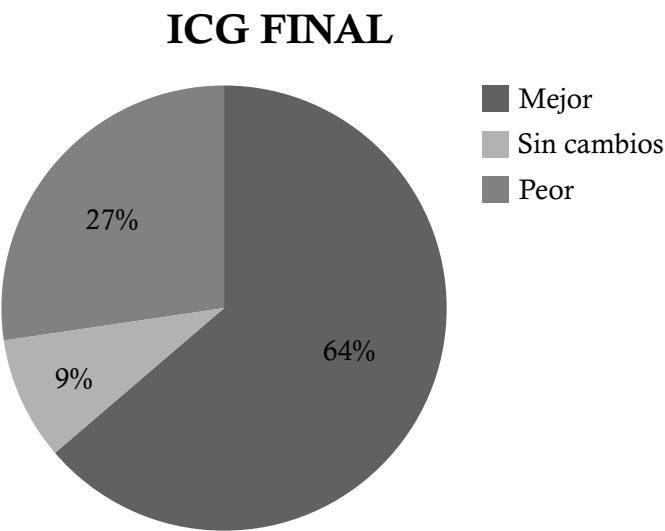


Figura 15. Porcentaje de pacientes según evolución en la escala ICG.

Tabla 2. Número de pacientes según gravedad en la escala ICG.

	Alta	Media	Baja
ICG INICIO	1	19	2

Tabla 3. Número de pacientes según evolución sintomática en la escala ICG.

	Mejor	Sin cambios	Peor
ICG FINAL	14	2	6

DISCUSIÓN

El número de pacientes con diagnóstico de E66 obesidad vistos por la UTCA es reducido. En comparación con el resto de TCA suponen el 4,05% (22/543), lo que no resulta extraño, ya que es una Unidad especializada en todos los tipos de Trastornos de Conducta Alimentaria.

Analizando la variable del sexo, se ha visto que el 45,45% de los pacientes son varones, siendo el porcentaje de mujeres de 54,54%. Así pues, en esta unidad, aunque con poca diferencia, se vieron, durante los 6 años que dura el estudio, más mujeres que hombres con E66 obesidad.

Según la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, son más los varones que padecen este diagnóstico, siendo más la brecha entre sexos cuanto menor es el IMC de los pacientes (es decir, las diferencias entre hombres y mujeres son mayores en el sobrepeso que en la obesidad) y cuanto mayor es la edad (2).

Por lo tanto, nuestro estudio no coincide con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), lo que no es sorprendente ya que la muestra ha sido seleccionada de una población no comunitaria, remitida por parte de Pediatría, Atención Primaria y Endocrinología a una Unidad específica y especializada en TCA, en problemas relacionados con la alimentación y con el peso.

En cuanto a la variable de peso perdido y ganado, como se ha visto, todos los periodos de seguimiento fueron más los pacientes que perdían peso que los que ganaban (a los 6 meses, 16 de ellos perdieron peso y 6 ganaron). A los 12 meses de terapia, 15 de los pacientes bajaron de peso y 4 subieron. A los 24 meses, 14 de ellos perdieron kilos y 4 subieron de peso y, por último, a los 48 meses, 7 fueron los que continuaron perdiendo peso y 3 de ellos engordaron

pese al tratamiento puesto por la UTCA). Sin embargo, la diferencia entre los mismos, conforme avanza el estudio, es mucho menor (es decir, a los 6 meses eran muchos más los sujetos que perdían peso que los que ganaban, siendo la brecha menor a los 48 meses).

Este hecho se puede atribuir a un simple mecanismo fisiológico. A estos pacientes, como se detallará más adelante, para conseguir la reducción de peso, además de tratamiento farmacológico, se les pautaba una dieta equilibrada y ejercicio. Durante los primeros meses con este hábito saludable, en todos los organismos, se utiliza sobre todo los depósitos de glucógeno muscular y hepático y gran cantidad de agua. Debido a esto, se puede apreciar que la pérdida de peso es significativa. Hay estudios que demuestran que un 70% de las pérdidas durante los primeros meses de vida saludable se deben a la disminución de los depósitos de glucógeno y agua, el 25% a las reservas de grasa y un 5% o menos (en función de la dieta que se realice) a las proteínas.

Una vez que se estabiliza esta situación (después de los dos primeros meses, más o menos), la pérdida de peso se debe fundamentalmente a la pérdida de grasa corporal. (3,4)

Además, a este mecanismo fisiológico, hay que sumar la falta de adherencia al tratamiento. Muchos de estos pacientes han reconocido durante las entrevistas clínicas que conforme avanzaban los meses iban dejando de seguir muchas de las recomendaciones que se hacían por parte de la Unidad (la dieta, el ejercicio, el tratamiento farmacológico). Dado que la obesidad es una enfermedad de origen multifactorial, el tratamiento para la misma también debe serlo, por lo tanto, si se abandona una o varias de las medidas que se ponen para intentar reducir el peso, no será eficaz.

Si valoramos la variable del IMC, la mayoría de los pacientes en los diferentes periodos de seguimiento, disminuyeron su IMC entre 10 y 0 puntos. Esta pérdida de peso es un resultado muy esperanzador ya que se mantiene en todos los meses de seguimiento y evidencia la eficacia de los tratamientos recomendados por la UTCA.

El IMC, además, también sigue la misma tendencia que la variable de peso perdido y ganado, ya que, al principio hay algún paciente que pierde más de 10 puntos de IMC, no ocurriendo esto conforme

avanza el estudio. Lo mismo ocurre con aquellos pacientes que aumentan más de 10 puntos su IMC, al principio del seguimiento no hay ninguno que lo haga, haciéndose más frecuente en los siguientes periodos del estudio.

Al valorar los grados de obesidad que tienen los pacientes, se obtiene que la mayoría de ellos comienzan el seguimiento con obesidad grado I. El siguiente grupo más numeroso son aquellos que están en obesidad grado II. Y una minoría de ellos, menos de un quinto de los pacientes, comenzaron en obesidad grado III.

Al final del seguimiento, sin embargo, se observa que son más los pacientes que acaban en el grupo de sobrepeso (suponiendo casi un cuarto de los pacientes). Además, un 4% de ellos acaban incluso en un peso compatible con la normalidad. Los pacientes que terminan con obesidad grado III o mórbida disminuyen significativamente representando un mínimo porcentaje. El porcentaje de sujetos incluidos en obesidad grado I y II se mantiene con pocas variaciones. Esta evolución, una vez más, apoya la hipótesis de que el tratamiento ha sido efectivo en los pacientes en seguimiento por la UTCA.

Pasando a las comorbilidades de estos pacientes, se ha visto que hay importante asociación entre diversas patologías médicas y obesidad.

Describiendo cada una de ellas, en el sistema endocrino, se han visto pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos (lo que deriva en hirsutismo, acné, estrías...). Algunos de ellos, siendo característicamente los que mayor IMC tienen, llegan a desarrollar diabetes mellitus tipo II. Otros tienen alteraciones analíticas tales como hipercolesterolemia, hipovitaminosis D o hipotiroidismo.

Muchos de estos síndromes o alteraciones comórbidas causan obesidad por distintos mecanismos (el síndrome de ovarios poliquísticos o el hipotiroidismo) o son derivados de la misma (hipercolesterolemia o diabetes mellitus tipo II). Pero como ya se ha mencionado, la obesidad es una enfermedad multifactorial, por lo tanto, ninguno de ellos por sí solo ha podido causar la patología en los pacientes, sino que se necesitan muchos más factores para llegar a padecerla.

Cabe destacar entre las patologías endocrinas, la diabetes mellitus tipo II ya que, en los últimos años, se

16

ha visto que ha aumentado el número de casos de esta enfermedad en niños y adolescentes y ha ocurrido de forma paralela al incremento de la prevalencia de la obesidad (5).

Otras de las comorbilidades que se van a evaluar, son las relacionadas con el aparato locomotor, tales como dolor de espalda inespecífico, de rodillas y de otras articulaciones. Estas afectaciones se pueden explicar por el exceso de peso que tienen estos pacientes y que producen una sobrecarga en las mismas, ya que, en todos ellos, se les realizó las exploraciones oportunas, sin encontrar evidencia clara de alguna patología a la que se pudiera atribuir estos síntomas.

También se han visto en estos pacientes enfermedades y síntomas neurológicos, aunque aparentemente, no tienen relación con su obesidad.

Otro punto interesante a evaluar es la asociación entre obesidad y alteraciones respiratorias. Se pueden describir diversas patologías que tienen relación directa con la obesidad.

Una de ellas es el Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS). Aunque no se sabe exactamente cómo la obesidad puede llegar a causar esta patología, existe una clara relación ya que se calcula que aproximadamente el 60% de los pacientes adultos con IMC mayor de 30 la padecen, siendo el porcentaje algo menor en niños y adolescentes (se estima que la prevalencia en niños es entre 2-3%, mientras que en adolescentes varía entre el 13% y el 66%, según diferentes estudios).

El mecanismo fisiopatológico que podría estar relacionado con esta patología es el depósito de grasa en las estructuras de la vía aérea superior, produciendo alteraciones en el funcionamiento normal, así como, algunos cambios inducidos por la grasa en los mecanismos reguladores de la vía aérea o del control de la ventilación. Lo único que se ha evidenciado claramente es que una reducción del peso, produce la mejoría notable de esta patología (6,7).

Otra de las que se evidencian es el asma. Numerosos estudios son los que avalan que el asma y la obesidad están relacionados, siendo un IMC mayor de 30 factor de riesgo para desarrollarla. En el grupo de edad de niños y adolescentes, esta relación es clara, siendo mayor la severidad del asma, cuanto

mayor es el grado de obesidad. Además, la reducción del peso corporal mejora sus síntomas. (8)

En cuanto a la asociación de patologías que afectan al aparato digestivo como son el estreñimiento, el dolor abdominal o el reflujo gastroesofágico; las dos primeras pueden estar relacionadas con los malos hábitos alimenticios que, generalmente, tienen estos pacientes.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), por su parte está directamente relacionada con la obesidad, tanto es así que se ha producido un aumento de su prevalencia al mismo tiempo que de la obesidad. En pacientes pediátricos, se puede manifestar de múltiples formas, pero se ha visto que una de las presentaciones clínicas más frecuentes es en forma de asma (aunque la fisiopatología del asma como causa o efecto del ERGE no está claramente definida), por lo que guardaría relación con el anterior punto que se ha tratado (9).

Evalutando las comorbilidades psiquiátricas vemos que el 68,18% de los pacientes padecen F90 TDAH (15 pacientes de los 22). 8 de los 22 pacientes están además diagnosticados de F50.9 trastorno por atracones (lo que supone un 36,36%), siendo las dos comorbilidades psiquiátricas más frecuentes.

Así pues, el Trastorno por déficit de atención es el más llamativo, ya que más de la mitad de nuestros pacientes lo padecen.

Uno de los puntos característicos de los pacientes con obesidad asociada a este trastorno, es que la hiperactividad no necesariamente significa actividad física.

Se conoce que el TDAH incrementa el riesgo de obesidad, se relaciona con valores mayores de IMC o Quetelet y con mayor cantidad de grasa en los pacientes. Esto se puede explicar debido a que estos pacientes no son capaces de regular su conducta y de contener la impulsividad. Si este comportamiento lo valoramos en el ámbito de la alimentación, les lleva en algunas ocasiones, a darse atracones en ausencia de hambre o comer compulsivamente, lo que deriva en obesidad en muchos casos. Así pues, la mejora de los síntomas de TDAH puede reducir el peso. (10,11)

Pese a que el TDAH es un diagnóstico común en la edad infanto-juvenil, normalmente va asociado a diferentes comorbilidades, siendo destacable la que

se valora en este estudio, la obesidad y otros TCA. Aunque la investigación clínica evidencia que el TDAH es comorbilidad de la obesidad y no al revés. (11)

Se ha descrito que hay una relación neurobiológica entre obesidad y TDAH relacionados con la mutación del gen MC4-R, ya que codifica una proteína de 332 aminoácidos cuyo déficit se relaciona con el hambre y la saciedad. Otro gen (el BDNF) también se ha relacionado con la presencia de TDAH y obesidad. Por último, también hay datos que enlazan la obesidad y el TDAH con el sistema dopaminérgico de recompensa (estos pacientes parecen tener disfunción en los receptores de este sistema). (11)

En diversos estudios, se ha evidenciado la relación entre obesidad y TDAH (siendo no más del 30% de los pacientes obesos los que tenían esta comorbilidad). En nuestro estudio, el porcentaje de obesos con TDAH es mucho más alto debido al sesgo de selección que supone la remisión desde Pediatría, Atención primaria y endocrinología de pacientes seleccionados (11).

Otro de los diagnósticos que se asocian a los pacientes atendidos en la UTCA con obesidad, tal y como se ha descrito, es el de trastorno por atracones que se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva de alimentos. Esto guarda estrecha relación con el diagnóstico de TDAH por lo comentado anteriormente. (10,12)

Los atracones en este trastorno se caracterizan por la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida del control sobre la misma. En muchas ocasiones, y tal y como evidencian nuestros pacientes, existe después malestar respecto a esta conducta y ausencia de conductas compensatorias (12).

En la literatura, se evidencia que el trastorno por atracones es uno de los más frecuentes asociado a obesidad y sobrepeso, al igual que se evidencia en nuestro estudio. Según diversos estudios, se puede ver que oscila entre el 10% y el 25% de los pacientes con diagnóstico de E66 obesidad padecen este trastorno, siendo este porcentaje mucho más bajo (1-5%) en la población general (es decir, aquellos que no padecen obesidad) (13, 14, 15).

Las circunstancias vitales desfavorables es otro punto a tener en cuenta, ya que influye negativamente en el control de estos pacientes. Como se ha descrito

anteriormente, las más relevantes son las rupturas familiares por separación, los duelos patológicos, o el acoso escolar. Debido a esto, otros muchos, también asocian lo denominado como alimentación emocional, es decir, comer en respuesta a un evento o estado de ánimo, en lugar de para satisfacer el hambre física.

En algunos de nuestros pacientes, hemos visto que además de obesidad asocian otro trastorno de conducta alimentaria como es la bulimia nerviosa. A diferencia del trastorno por atracones, éste se caracteriza por ingesta compulsiva seguida de conductas compensatorias inapropiadas (vómitos, exceso de ejercicio...) (10).

Si se profundiza más en el aspecto del tratamiento farmacológico, vemos que uno de los que tiene mayor indicación en nuestros pacientes es el Dimesilato de lisdexanfetamina, LDX, ya que el 72,73% lo tienen prescrito.

Éste es un fármaco cuya indicación principal, aprobada por la Administración de alimentos y medicamentos (FDA), es para el F90 TDAH. Otra de las indicaciones en la que ha mostrado efectividad es en el Trastorno por atracones moderado o severo a dosis elevadas (70mg). Por ambos motivos esta medicación estaría indicada en pacientes con obesidad ya que, tal y cómo se ha descrito, estas comorbilidades guardan estrecha relación con la obesidad (16, 17, 18).

Al menos tres estudios han revelado que la LDX reduce la frecuencia de episodios de atracones, siendo mayor esta reducción cuanto más dosis de fármaco se les da al día a los pacientes, ya que se ha evidenciado en diversos estudios que el 50% de los pacientes, a las cuatro semanas de tratamiento con el fármaco, ha cesado sus atracones con una dosis de 70 mg/día y el 42% a dosis de 50 mg/día (18).

De todos los pacientes estudiados en tratamiento con LDX, 10 de ellos han perdido peso y 6 han ganado al final del seguimiento.

La zonisamida es otro de los fármacos que toman los pacientes a estudio (un 36,36% de los mismos). Su principal indicación es para control de las crisis convulsivas, sin embargo, ha demostrado presentar control sobre el apetito, aunque con mecanismo no conocido. Además, aumenta los niveles de dopamina y serotonina en el cerebro. En este estudio se ha visto que

18

2 de los pacientes que toman este fármaco han reducido su IMC, mientras que 6 han engordado (17, 19).

La fluoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS). De nuestros pacientes, un 27,27% la tienen prescrita y con ella 2 de ellos perdieron peso y 4 ganaron al final del seguimiento. Numerosos estudios son los que revelan que produce una disminución en el apetito con dosis generalmente superiores a las que se necesitan para su principal indicación que es la de depresión mayor. Este fármaco también se emplea para los pacientes diagnosticados de F50.2 bulimia nerviosa a dosis de 60/80 miligramos, sobre todo asociada a terapia cognitivo-conductual y con terapia en la que haya intervención familiar. Esta indicación es debida a que ha demostrado una disminución de los atracones. (17, 20, 21)

La sertralina es otro ISRS que puede ser apropiado para la pérdida de apetito y por lo tanto de peso, aunque esta no es su principal indicación tal y cómo se ha descrito también en la fluoxetina. Sin embargo, no hay estudios que respalden el uso de este fármaco debido a que se ha demostrado que la re-ganancia de peso es muy grande a largo plazo, a pesar de ser de la misma familia de fármacos que el anterior. Un 9,09% de los pacientes incluidos en este estudio estaban en tratamiento con sertralina, de los cuales, dos de ellos ganaron peso y ninguno redujo su IMC (17, 21, 22).

Por último, otro de los fármacos que tenían prescritos los pacientes a estudio es el topiramato. El 9,09% estaba en tratamiento con este fármaco. Solo 1 mostró reducción significativa de peso y otro ganó kilogramos al final del seguimiento. Es un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo. Sus indicaciones son para las crisis convulsivas en adultos y niños y para prevenir la migraña en adultos. Cómo fármaco para reducir el peso se ha demostrado que aumenta la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, además de aumentar la actividad de la lipoproteín lipasa (lo que produce un aumento del metabolismo en el tejido pardo adiposo) y la inhibición de anhidrasa carbónica, mecanismo por el cual se inhibe la lipogénesis y se altera el gusto. Sin embargo, se usa poco en estudiantes en edad escolar por sus posibles efectos adversos cognitivos. (17)

A pesar de los datos obtenidos en el estudio con estos fármacos, hay que tener en cuenta que para

que un medicamento haga el efecto deseado de reducción de peso sobre los pacientes, hay que tener buena adherencia al tratamiento y, como ya se ha comentado, en muchas ocasiones esto no ha ocurrido, por lo que los datos de ganancia o pérdida de peso con los diferentes fármacos pueden estar alterados por este hecho.

Por otro lado, el tratamiento de estos pacientes debe ser multifactorial. Pese a que los fármacos son de gran ayuda, hay que añadir otras estrategias. Una de las más importantes es la dieta y el ejercicio físico, como ya se ha comentado. Una dieta mediterránea es la que se ha recomendado en todos estos pacientes ya que la evidencia muestra que es la que mayor beneficio obtiene en cuanto a la reducción de peso, sobre todo a medio y largo plazo. (23)

En cuanto al ejercicio físico, se les recomendaba, debido a su edad, que realizaran deportes y actividades extraescolares lo que puede ser más llamativo para ellos. El tipo de ejercicio que más favorece para la pérdida de peso es el aeróbico. Un 65% de los pacientes ya estaban apuntados a diferentes actividades, pero una minoría de ellos las llevaba a cabo como rutina.

Además de fomentar la actividad física, es necesario que cambien su estilo de vida obesogénico. Las estrategias para ello van relacionadas con reducir las actividades sedentarias, el ocio pasivo, las horas de visión de diferentes pantallas, entre otros.

Otro punto muy importante del tratamiento es la psicoterapia que llevan los pacientes. En la UTCA, se les hacía un seguimiento más o menos mensual. En la entrevista clínica se valoraba la evolución del peso (y del IMC) y se realizaba terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo-conductual es la que mejor funciona en estos pacientes, siendo esta mejor que los enfoques por separado cognitivos o conductuales. Las técnicas conductuales son fundamentalmente de autocontrol. Como ya se ha comentado, la mayoría de estos pacientes, son muy impulsivos y eso les lleva a realizar atracones de comida. Con esta terapia, al paciente se le dota de unas habilidades que le permiten darse cuenta de estas conductas y modificarlas. Por lo tanto, la psicoterapia va dirigida, principalmente, a la modificación de los factores de vida emocional que repercute en la obesidad y el objetivo es que el paciente descubra nuevas estrategias, más allá de la comida, y las ponga en práctica en su día a día (24).

Es importante, por lo tanto, dotar a estos pacientes de técnicas de autocontrol y realizarles una reestructuración cognitiva, es decir, que el paciente sea consciente de sus propios pensamientos y emociones y que vea cómo éstos influyen en la ingesta de comida, así como ayudar a que el paciente desarrolle otras habilidades de manejo de las dificultades (24, 25).

Para todo ello es fundamental el seguimiento estrecho de los pacientes y así poder ver la evolución y los cambios de todo lo comentado con anterioridad. También es muy importante que los familiares de los pacientes (dada su edad) estén muy involucrados en el proceso y ayuden a mejorar todos estos hábitos y conductas.

Así pues, el tratamiento de la obesidad además de ser difícil debe ser prolongado y mantenido en el tiempo. Como ya se ha dicho, no es aceptable tratar la obesidad sólo con farmacoterapia, ya que se deben añadir los otros pilares fundamentales: la dieta saludable y equilibrada y el ejercicio físico.

Al inicio del seguimiento por la unidad, el 86% de los pacientes tenían gravedad media según la escala subjetiva ICG. El 5% tenían gravedad alta y el 9% gravedad baja. Tras el paso por la UTCA, se ha vuelto a valorar a estos pacientes con la misma escala y se ha evidenciado que el 63,63% de los pacientes han tenido mejoría global tras su seguimiento por la UTCA, un 9,1% se ha mantenido sin cambios respecto al principio y el 27,27% de ellos ha empeorado sus síntomas.

Por lo tanto, la mayoría de nuestros pacientes tenían gravedad media al inicio y también la mayoría experimentó mejoría de sus síntomas. Sin embargo, un porcentaje nada desdeñable de casos, empeoró tras el seguimiento por la Unidad.

El tratamiento de la obesidad infantil presenta una importante tasa de abandono como es la norma en otros estudios. También es frecuente una alta tasa de fracaso y de recidiva de la enfermedad (en diversos estudios extranjeros supera el 50%), por lo que ese 63% de respuesta favorable en los pacientes que arroja nuestro estudio es esperanzador, ya que lo habitual es la mejoría del 30% en edades infanto-juveniles.

Para mejorar estos datos, en España en el año 2004, se estableció por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo la denominada “Estrategia Nacional de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad” (Estrategia NAOS). Ésta

debía integrar a amplios segmentos de la sociedad y estaba interrelacionada con la Estrategia Mundial que confeccionó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2005. En diversos estudios se ha demostrado que los tratamientos que se incluyen en esta estrategia arrojan resultados más favorables a corto y largo plazo en niños que en adultos, quizás por ello debemos redoblar nuestros esfuerzos en estas edades más agradecidas.

LIMITACIONES

La principal limitación de nuestro estudio ha sido el tamaño de la muestra, ya que solo 22 pacientes son los que se han incluido en el estudio porque cumplían todos los criterios de inclusión (edad menor de 18 años, IMC ≥ 30 , seguimiento que se inició entre los años 2015 y 2020 por la UTCA). Este hecho, sumado a la pérdida de pacientes que se ha tenido en los meses que se obtenían los datos para el estudio (6 meses, 12 meses, 24 meses y 48 meses del inicio del seguimiento) ha derivado en que muchas de las conclusiones que se sacan en el estudio no se corresponden con lo que aparece en la literatura sobre el tema.

Otra limitación ha sido que los datos usados para realizar la base fueron recogidos de forma retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes (éstas estaban en papel), por lo que, debemos confiar en que los datos que aparecían en ellas son verídicos y no hay sesgos a la hora de recoger la información. También tener en cuenta el fallo humano al realizar las mediciones.

Debido al diseño del estudio (serie de casos) y sabiendo que era una limitación desde que se planteó, no se ha podido realizar asociación estadística de todos los datos estudiados dada la ausencia de grupo control.

Además, ha habido un sesgo de selección en los pacientes debido a que son remitidos desde la especialidad de Endocrinología o desde Atención primaria, no han sido extraídos de una muestra comunitaria. También se debe tener en cuenta que la Unidad a la que se remite es una unidad especializada en Trastornos de conducta alimentaria y de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, por lo que cabe esperar que la mayoría de los pacientes remitidos, padezcan este último trastorno.

Finalmente, destacar que no hay mucha bibliografía respecto a la obesidad en el periodo de edad infanto-juvenil, al contrario de los estudios que hay sobre obesidad en la edad adulta. Muchas de las conclusiones que se obtienen en los estudios para la edad adulta, se pueden extrapolar a la edad infanto-juvenil y así se ha hecho. Sin embargo, hay algunas diferencias y no todos los artículos encontrados sobre el tema eran adecuados. Así pues, se ha tenido que filtrar mucho la información obtenida de la literatura.

FORTALEZAS

El seguimiento que hemos realizado a nuestros pacientes ha sido muy estrecho y así se ha podido ver la evolución de los mismos. Además, el seguimiento, en la mayoría de ellos, se ha hecho a largo plazo (hasta 48 meses).

Los datos recogidos son objetivos (IMC, talla, peso...) por lo que los resultados también lo son. Además, a los pacientes se les medía y pesaba en la Unidad, por lo que los datos eran verídicos y no había engaños a la hora de recoger esta información. Por otro lado, hay que tener en cuenta que cuanto más reciente es el estudio, mejor y más fiables son los aparatos para recoger el peso y la talla, ya que son más modernos y tienen un rango de error menor. En la UTCA la báscula utilizada ha sido una de gran precisión con un error de tan solo 50 gramos.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Dado que la limitación principal ha sido el pequeño tamaño de la muestra, sería interesante realizar el mismo estudio incluyendo más sujetos. Por ejemplo, se podría realizar con todos los pacientes en edad infanto-juvenil tratados en Zaragoza por obesidad (más allá de los de la UTCA). También sería interesante ampliarlo a otras comunidades autónomas e incluso a toda España, aumentando así la muestra y pudiendo realizar una comparativa entre comunidades.

También puede ser interesante, dado que destaca mucho este hecho en la literatura, valorar la relación entre la obesidad en los niños y la asociación con la obesidad en sus padres (especialmente se ha observado esta relación con la obesidad materna).

En este estudio no se ha podido evidenciar esta asociación debido a que en las Historias Clínicas de los pacientes no venía recogido el IMC de los padres.

Por otro lado, en este estudio, se ha observado que algunos de los pacientes tienen comorbilidades neurológicas asociadas. Sería conveniente realizar un estudio que vea la asociación entre la patología neurológica y la obesidad, ya que, no se han encontrado estudios específicos al respecto.

Finalmente, dado el alto porcentaje de mejora clínica evidenciado en el estudio, debe motivar a todos los profesionales y a los propios pacientes para seguir trabajando en esta línea ya que se ha visto que es la correcta.

CONCLUSIONES

Tras cumplir el objetivo principal, se puede concluir que, de todos los pacientes vistos en la UTCA, una mínima parte fueron diagnosticados de obesidad, de todos los pacientes obesos había más mujeres que hombres, a diferencia de lo que se recoge en el INE.

Durante los periodos evaluados en el estudio, siempre han sido más los pacientes que perdían peso que aquellos que ganaban kilogramos. Si bien es cierto, se ha evidenciado, que la diferencia entre los pacientes que ganaban peso y los que perdían era cada vez menor, según iba avanzando el estudio. Este hecho guarda relación con el mecanismo fisiológico de cómo se pierde peso y dada la pérdida de adherencia que tienen muchos de nuestros pacientes con el paso del tiempo.

Si valoramos la variable del IMC observamos que en todos los meses que se evalúan, la mayoría de los pacientes disminuyen el IMC entre 10 y 0 puntos. Lo que supone un descenso del peso considerable haciendo evidente que el tratamiento puesto en estos pacientes es eficaz, tal y cómo se exponía en las hipótesis al inicio del estudio. Lo mismo evidencia la evolución de los pacientes si se tienen en cuenta los grados de obesidad, ya que al final del seguimiento la mayoría terminan en grado de sobrepeso e incluso normopeso.

Estos pacientes tienen importantes comorbilidades tanto médicas como psiquiátricas. De ambos grupos la que más destaca es el TDAH, ya que más de la mitad de los pacientes incluidos en el estudio lo padecen y

son muchos los estudios que avalan la relación entre este trastorno y la obesidad.

La mayoría de los pacientes estaban en tratamiento con Dimesilato de lisdexanfetamina cuya principal indicación es para TDAH y trastorno por atracones. Se ha visto que en nuestros pacientes ha sido eficaz para la pérdida de peso, ya que, son más los pacientes que perdieron con la toma de este fármaco. El resto de fármacos que los pacientes de la UTCA tienen prescritos (Zonisamida, Fluoxetina, Sertralina y Topiramato) no ha demostrado ser eficaz en nuestro estudio ya que, en todos los casos, han sido más los pacientes que ganaban peso que aquellos que perdían con las diferentes prescripciones.

Aunque los fármacos pueden ser una ayuda, el tratamiento de estos pacientes debe ser multifactorial y sostenido en el tiempo. Las estrategias para la pérdida de peso se van a basar en tres pilares fundamentales: dieta equilibrada siguiendo la pirámide de los alimentos, ejercicio aeróbico y terapia cognitivo-conductual. Estas tácticas han demostrado que son más eficaces en niños que en adultos.

Con todas estas estrategias, se ha evidenciado que la mayoría de nuestros pacientes tuvieron una mejoría global de sus síntomas tras su seguimiento por la UTCA, lo que son unos datos esperanzadores dado que lo habitual es que no mejoren tanto.

Por lo tanto, se puede concluir, que todas estas estrategias antes comentadas han sido muy eficaces con nuestros pacientes lo que invita a seguir trabajando en esta línea y seguir esforzándonos para reducir la prevalencia de esta enfermedad que tanto ha aumentado en esta edad infanto-juvenil y que tantos problemas puede causar, sobre todo a medio y largo plazo.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reciben ningún tipo de financiación por este estudio, no existiendo, por lo tanto, conflicto de intereses en relación con el presente proyecto.

REFERENCIAS

1. Weaver J, Cthle, PF. Guía práctica de la medicina de la obesidad. Elsevier; 2019.
2. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. [Consultado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es>
3. Sabadini Piva L, Reig García-Galbis M. Programas de intervención dietética para la pérdida de peso en edades de 2 a 17 años. *Nutr. clín. diet. hosp.* 2015;35(1): 63-70. <https://doi.org/10.12873/351sabadini>
4. Reig García-Galbis M, Rizo Baeza M, Cortés Castell E. Factores predictores de pérdida de peso y grasa en el tratamiento dietético: sexo, edad, índice de masa corporal y consulta de asistencia. *Nutrición Hospitalaria.* 2015;32(3): 1028-1035. <https://doi.org/10.20960/nh.388>
5. Bernal MC, Aguilar JV. Diabetes tipo 2 infantojuvenil. *Revista clínica española.* 2015;218(7): 372-381 <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.03.020>
6. Pérez de Llano LA. Efectos de la obesidad sobre el aparato respiratorio. *Pneuma.* 2017;7: 19-26. <https://bit.ly/2QgVXSf>
7. Caminiti C, Evangelista P, Leske V, Loto Y, Mazza C. Síndrome de apnea obstructiva del sueño en niños obesos sintomáticos: confirmación polisomnográfica y su asociación con trastornos del metabolismo hidrocarbonado. *Archivos argentinos de pediatría.* 2010;108(3): 226-233. <https://doi.org/10.5546/aap.2013.196>
8. Abreu-Suárez G, Lorenzo Bobea-Mota A, Portuondo-Leyva R, Araujo-Herrera O, Brito-Portuondo C. Asma y obesidad en pediatría. *Revista Cubana de Pediatría.* 2021;93(2). <https://bit.ly/3BpCZ1Z>
9. Villalpando-Carrión S, Ura-Hernández JP, Río-Navarro BED, Heller-Rouassant S. Asociación de asma, obesidad y enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México.* 2009;66(2): 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.10.011>
10. Ibarzábal-Ávila MEA, Hernández-Martínez JA, Luna-Domínguez D, Vélez-Escalante JE, Delgadillo-Díaz M, Manassero-Baeza V, et al. Obesidad infantil. *Médica Sur.* 2016;22(4): 162-168.
11. Ruiz-Lázaro PM. Obesidad. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B. *Manual de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Elsevier España; 2021.
12. Palacios AG. El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace.* 2014;110: 70-74.

13. Behar R, Marín V. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad en adolescentes: Otro desafío de nuestros tiempos. *Andes pediátrica*. 2021;92(4): 626-630.
<https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i4.3539>
14. Nagel NE, Garrido-Rubilar G. Trastorno por Atracón: una mirada integral a los factores psicosociales implicados en su desarrollo. *Nutrición clínica y Dietética hospitalaria*. 2020;40(4).
<https://doi.org/10.12873/404escandon>
15. Díaz-Lazo A. Trastorno por atracón y obesidad. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*. 2019;1(2): 61-62. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2019.1.2.42>
16. Ficha técnica Elvanse 30 mg cápsulas duras. [Internet]. Aemps.es [Citado el 7 Feb 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77642/FT_77642.html
17. Verónica ÁV. Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(2): 173-179; 2012.
[https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70295-x](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70295-x)
18. Amodeo G, Cuomo A, Bolognesi S, Goracci A, Trusso MA, Piccinni A, et al. Pharmacotherapeutic strategies for treating binge eating disorder. Evidence from clinical trials and implications for clinical practice. *Expert opinion on pharmacotherapy*. 2019;20(6): 679-690; 2019.
<https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1571041>
19. Ficha técnica Zonisamida Teva 100 mg cápsulas duras EFG. [Internet]. Aemps.es [Citado el 7 Feb 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/80450/FichaTecnica_80450.html#4-1-indicaciones-terapeuticas
20. Prospecto Fluoxetina Sandoz 20 mg cápsulas duras EFG. [Internet]. Aemps.es. [Citado el 8 Feb 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/62146/P_62146.html
21. Mougiakakos D, Krönke G, Völkl S, Kretschmann S, Aigner M, Kharboutli S, et al. CD19-Targeted CAR T Cells in Refractory Systemic Lupus Erythematosus. *The New England journal of medicine*. 2021;385(6): 567-569. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2107725>
22. Prospecto Sertralina Almus 50 mg comprimidos recubiertos con película EFG. [Internet]. Aemps.es. [Citado el 8 Feb 2022]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69765/P_69765.html
23. Calatayud Sáez F, Calatayud Moscoso del Prado B, Gallego Fernández-Pacheco JG. Efectos de una dieta mediterránea tradicional en niños con sobrepeso y obesidad tras un año de intervención. *Pediatría Atención Primaria*. 2011;13(52): 553-569.
<https://doi.org/10.4321/s1139-76322011000600005>
24. Velásquez VV, Alvarenga JCL. Psicología y la obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*. 2001;9(2): 91-96.
25. Lafuente, M. D. Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. *Trastornos de la conducta alimentaria*. 2012;(14): 1490-1504.
<https://doi.org/10.14635/ipsic.2018.116.5>

L. Hermida Barros ¹ * 
P. Santamarina Pérez ¹ 
M. Romero González ¹ 

¹ Hospital Clínic, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

L. Hermida Barros
Correo: lhermida@clinic.cat

*Factores terapéuticos en psicoterapia
grupal: experiencia en un hospital de día de
adolescentes*

*Therapeutic factors in group psychotherapy:
experience in an adolescent day hospital*

RESUMEN

Introducción: La eficacia de la psicoterapia grupal con adolescentes se ha estudiado en múltiples investigaciones, pero se desconocen qué factores terapéuticos específicos son considerados de ayuda en este contexto. El presente trabajo tiene como objetivo valorar los once Factores Terapéuticos Grupales (FTG) descritos por Yalom (1985) en un grupo de psicoterapia de adolescentes con psicopatología grave en tratamiento en Hospital de Día. **Material y métodos:** Se realizó un análisis de los registros de las sesiones grupales para identificar los 11 FTG y se recogieron las valoraciones de los pacientes (n=15) en un cuestionario que evalúa los 11 FTG. **Resultados:** Todos los FTG fueron identificados en los registros del grupo psicoterapéutico. La universalidad fue el FTG más valorado, seguido del altruismo e infundir esperanza. En el extremo contrario, los FTG menos valorados fueron el desarrollo de técnicas de socialización, el aprendizaje interpersonal y la conducta imitativa. Estos resultados son comparables a la población adulta. **Conclusiones:** Los adolescentes pueden sentirse más ayudados a través de los factores emocionales derivados de la psicoterapia grupal, más que con el aprendizaje específico de habilidades sociales.

Palabras clave: Adolescencia, psicoterapia grupal, hospital de día, proceso psicoterapéutico.

ABSTRACT

Introduction: Efficacy of group psychotherapy with adolescents has been studied in multiple investigations, but which specific therapeutic factors are considered helpful in this context is unknown. This paper aims to assess the eleven Group Therapeutic Factors (GTF) described by Yalom (1985) in a psychotherapy group for adolescents with severe psychopathology carrying out treatment in a day hospital. **Material and methods:** An analysis of the records of the group sessions to identify the 11 GTF and the assessments of the patients (n=15) were collected from a questionnaire which assesses the 11 GTF. **Results:** All GTFs were identified in the records of the psychotherapeutic group. Universality was the most valued GTF, followed by altruism and instilling hope. At the opposite extreme, the least valued GTFs were the development of socialization techniques, interpersonal learning and imitative behavior. These results are similar to those found in adult population. **Conclusions:** Adolescents may feel more helped through the emotional factors derived from group psychotherapy, rather than with the specific learning of social skills.

Keywords: Adolescence, group psychotherapy, day hospital, psychotherapeutic process .

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia grupal tiene especial interés con la población adolescente ya que una de las características que define esta etapa es que el grupo de iguales adquiere una relevancia fundamental (1). Múltiples estudios han demostrado la eficacia de las intervenciones grupales con adolescentes, teniendo en cuenta diferentes tipos de tratamiento y diagnósticos: depresión (2), abuso de sustancias (3), trastorno por estrés postraumático (4), fobia social (5) y conducta autolesiva (6) entre otros. Sin embargo, son escasos los estudios que muestren qué factores terapéuticos intervienen en la psicoterapia grupal con adolescentes (7,8).

Corsini y Rosenberg (1955) fueron los primeros en hacer referencia al concepto de Factores Terapéuticos Grupales (FTG) (9). Posteriormente Yalom (10) profundizó sobre los mecanismos terapéuticos que intervienen en la psicoterapia de grupo, nombrando once factores: 1) infundir esperanza; 2) universalidad; 3) transmitir información; 4) altruismo; 5) desarrollo de técnicas de socialización; 6) comportamiento imitativo; 7) catarsis; 8) recapitulación correctiva del grupo familiar primario; 9) factores existenciales; 10) cohesión del grupo y 11) aprendizaje interpersonal. También desarrolló un inventario llamado Q-sort, que evaluaba los FTG mediante 60 afirmaciones, pero que presentaba algunas limitaciones: falta de validación psicométrica, dificultad en su administración e incongruencia estructural con la formulación teórica original de Yalom (11).

Debido a la falta de fiabilidad del inventario original, se han estudiado las propiedades psicométricas de una nueva versión de un cuestionario que evalúa los 11 factores terapéuticos originales de Yalom. Este instrumento, denominado Therapeutic Factors Inventory (TFI), ha sido estudiado y adaptado en distintos países para población adulta (11-16). Aunque cada escala del instrumento demostró alta consistencia interna; la escala “recapitulación correctiva” del grupo familiar primario obtuvo una fiabilidad test-retest inaceptablemente baja. Por otra parte, aunque existen trabajos en donde se han empleado adaptaciones del test de Yalom, a fecha de hoy no existe una escala en lengua castellana que haya sido validada. Como señalan Ribé y cols. (17)

esto puede suponer que, en el análisis de diversos estudios, aún incluyendo muestras parecidas, los rangos jerárquicos en la elección de los FTG sean difíciles de comparar.

Ribé y cols. (17) estudiaron los FTG en una muestra de 88 adultos usuarios de un servicio ambulatorio de salud mental, que participaron en grupos psicoterapéuticos de duración prolongada. Los factores de universalidad, altruismo y cohesión fueron los más valorados en cuanto a mayor utilidad y mejora en su proceso terapéutico, y la conducta imitativa y los factores existenciales fueron los que recibieron menor puntuación.

Los trabajos que evalúan los FTG en la adolescencia son muy escasos, probablemente porque no existen cuestionarios validados para esta población. Un estudio sobre terapia grupal para adolescentes hospitalizados que utilizó una adaptación del Q-sort, mostró que los factores de cohesión de grupo, universalidad e infundir esperanza, eran los más valorados (8). En otro trabajo reciente (7) se revisaron, mediante el análisis de contenido, las cartas de despedida de adolescentes que participaron en un grupo de psicoterapia intensiva, para identificar los factores terapéuticos de Yalom. Se encontraron los 11 factores terapéuticos relacionados con procesos de resiliencia y disminución de los niveles de angustia. Los factores de cohesión de grupo, aprendizaje interpersonal, transmitir información y comportamiento imitativo casi siempre se mencionaron. En población adolescente española, no existe ningún trabajo hasta el momento sobre esta cuestión. Sin embargo, es importante conocer qué factores consideran los adolescentes que les han ayudado en su terapia grupal, para adaptar estas intervenciones a las necesidades propias de esta etapa.

El objetivo del presente trabajo es identificar los 11 FTG descritos por Yalom en un grupo de psicoterapia de adolescentes con psicopatología grave en tratamiento en Hospital de Día, a través del análisis de los registros de las sesiones grupales. Además, se recogieron las valoraciones de los pacientes de un cuestionario adaptado a los 11 FTG de Yalom (17). Las hipótesis de este estudio son que 1) Los 11 FTG serán identificados en los registros de la psicoterapia grupal en población adolescente; 2) En línea con estudios previos, la cohesión será uno de los FTG más valorados por los adolescentes; 3) Teniendo en cuenta

la etapa evolutiva en la que se encuentran, se considera que aquellos FTG relacionados con la socialización serán considerados importantes en la terapia grupal.

MATERIAL Y MÉTODOS

A. Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 15 adolescentes que acudieron al Hospital de Día desde enero hasta diciembre del 2021. La muestra final tuvo una edad media de 15,53 años, compuesta por un 66,6 % adolescentes mujeres y 33,3% varones. Los diagnósticos principales fueron: trastorno depresivo mayor (46%) trastorno psicótico (20%), trastorno bipolar (6%), trastorno por estrés postraumático (6%), trastorno de síntomas somáticos (12%), trastorno por

ansiedad generalizada (6%). El tiempo de estancia media en Hospital de Día fue de 9,6 meses.

B. Instrumentos

A medida que los pacientes finalizaron su tratamiento en Hospital de Día y, por tanto, su participación en el grupo psicoterapéutico de adolescentes, se administró un cuestionario basado en los once FTG de Yalom y ya adaptado a población española (17). En este cuestionario, los pacientes tenían que puntuar en una escala de 1 a 10 en la medida que dichos factores les habían ayudado en la terapia de grupo, siendo 1 la mínima puntuación y 10 la máxima. Ver [tabla 1](#) para más información sobre el cuestionario.

Tabla 1. Cuestionario basado en los once FTG de Yalom.

Factor terapéutico	Definición
1. Altruismo	Siento que en algunas ocasiones en mi grupo nos hemos ayudado los unos a los otros mediante las aportaciones que nos hemos hecho
2. Catarsis (verbalización)	He podido soltarme en este grupo, expresando mis sentimientos y conflictos. He sentido bienestar y me ha ayudado al poder contar cosas en grupo que guardaba dentro de mí
3. Cohesión	Hemos cooperado y trabajado juntos en grupo. Incluso existiendo diferencias entre nosotros, el grupo me ha parecido seguro. El sentirme integrado en el grupo me ha hecho sentir bien conmigo mismo y me ha ayudado
4. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario	Me he visto en el grupo reviviendo con mis compañeros experiencias que me suceden a veces en mi propia familia. Esto me ha ayudado a ser más consciente del impacto social que mi familia tiene o ha tenido en mi vida
5. Desarrollo de técnicas de socialización	El grupo me ha ayudado a ser más claro y directo con otras personas, mejorando mis relaciones sociales, haciéndome sentir mejor
6. Factores existenciales (conciencia de la propia realidad)	El grupo me ha ayudado a ser más consciente y responsable de mi propia vida (la muerte, la soledad, la libertad, el aislamiento...) y de hacerme responsable de mi propia mejoría y desarrollo en la vida
7. Conducta imitativa	Mediante la observación de mis compañeros, he asumido pautas de comportamiento de otros miembros como propias que me ayudan y me resultan útiles
8. Información participada	A través de la comunicación interpersonal en el grupo he recibido sugerencias/consejos de cómo mejorar en mi situación personal que me han resultado beneficiosas para mejorar
9. Infundir esperanza	Ver la mejoría y los cambios en otros miembros me ha animado a seguir trabajando y revisando mis cuestiones personales
10. Aprendizaje interpersonal	El grupo me ha ayudado a comprenderme a mí mismo a través de compartir mis propias vivencias/experiencias con el resto de compañeros y a modificar algunas actitudes con respecto a los demás.
11. Universalidad	Me he sentido identificado con sentimientos, ideas o problemas de otros miembros del grupo. He sentido que compartimos sentimientos similares y eso me ha hecho sentir bien y me ha ayudado (no me he encontrado tan sólo en el grupo)

C. Procedimiento

El estudio se compone de dos partes, una primera parte en la que se definen los FTG a partir de las transcripciones de los participantes. Para ello, se identificaron fragmentos de los registros que hicieran referencia a los 11 FTG, dos de los psicólogos clínicos que participaron en el grupo de terapia analizaron los registros del grupo y se seleccionaron aquellos ejemplos en los que había consenso entre ambos profesionales.

La segunda parte se corresponde con una metodología cuantitativa y transversal cuyos objetivos son 1) la observación de las medias de los FTG y 2) la comparación de las medias de los FTG entre el grupo de adolescentes y el de adultos reportado en la literatura (17).

El tratamiento consistió en un grupo de tratamiento que se ofreció a todos los adolescentes que realizaban tratamiento en Hospital de Día. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: abuso de sustancias como diagnóstico principal, alteraciones de comportamiento graves, previsión de estancia corta y asistencia irregular al recurso. Este grupo de tratamiento forma parte del conjunto de la intervención del Hospital de Día de adolescentes del Hospital Clínic de Barcelona. Este recurso asistencial va destinado a adolescentes entre 12 y 17 años que presentan psicopatología grave (trastorno psicótico, trastornos afectivos, trastornos conversivos, trastornos por estrés postraumático) con gran impacto a nivel funcional.

Se realizó en formato de un grupo abierto, con frecuencia semanal y duración de sesenta minutos. Los objetivos del tratamiento consistieron en ofrecer un espacio de confianza en el que los adolescentes pudieran expresarse con libertad; sentirse apoyados entre ellos; establecer patrones relacionales adaptativos; así como mejorar sus habilidades comunicativas. La orientación fue de corte interpersonal y el grupo fue conducido por dos terapeutas (psicólogos clínicos) en un formato de co-terapia. Además, en todo el proceso se admitió la presencia de observadores (residentes de psicología clínica o psiquiatría), con un máximo de 2, bajo el compromiso de una asistencia regular y continuada. El número de participantes admitidos fueron entre 6 y 8 integrantes, siguiendo las recomendaciones de (18).

Se establecieron dos espacios de reunión de 15 minutos pre y post grupo, para terapeutas y observadores. Los observadores fueron los encargados de registrar las asistencias, retrasos y ausencias del grupo, y realizar un registro detallado tras cada sesión grupal.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínic de Barcelona. Los participantes y sus familiares firmaron un consentimiento informado y pudieron resolver cualquier duda derivada del estudio con los investigadores.

El análisis de los datos procedentes del cuestionario incluyó el cálculo de la puntuación promedio en cada FTG y la elaboración de una jerarquía de los FTG, según el grado de importancia que le asignaron los participantes. A su vez se compararon las medias de las puntuaciones en el cuestionario de FTG de los adolescentes y las medias recogidas en población adulta del estudio de (17).

RESULTADOS

Definición de los FTG a partir de las transcripciones

Todos los FTG descritos por Yalom fueron identificados en los registros analizados. Se describen a continuación acompañados de ejemplos textuales extraídos de los registros del grupo (los nombres no se corresponden con los originales).

Infundir esperanza: Se refiere a cómo presenciar la mejoría experimentada por los demás alienta y anima a seguir trabajando las cuestiones personales propias.

“Lara explica la mala relación que tiene actualmente con su padre. No quiere ir los días que le toca con él e incluso ha pensado en contactar con un abogado para cortar la relación. En su turno, Carol se dirige a Lara para decirle que cuando ella tenía su misma edad, sentía que la relación con su madre y su hermana estaban al límite, pero con el tiempo han vuelto a hablarse y a tratarse bien”.

Universalidad: Se caracteriza por identificarse con sentimientos, ideas o problemas de otros miembros del grupo, de forma que se atenúe la sensación de aislamiento.

“Irene interviene diciendo que hace unos días murió la hermana de su abuela y que tiene la sensación de no sentir nada al respecto, no haberla llorado y no sentir tristeza por ese motivo; a raíz de esto y bajo la creencia de que debería estar sintiendo algo y estar triste, se siente mal consigo misma. Mateo comenta que él comparte esa indiferencia, que frecuentemente tiene la sensación de no sentir nada y que todo le da igual y lo ejemplifica con el infarto que sufrió su padre el pasado verano”.

Transmitir información: Hace referencia a cómo el terapeuta instruye didácticamente a los pacientes sobre el funcionamiento mental o físico, o siempre que el terapeuta u otros miembros del grupo dan consejos u orientación directa sobre problemas vitales.

“A colación de lo que explica Gemma, Anna comenta que ella también se autolesionaba y que aprendió a utilizar estrategias para no hacerlo, como usar agua fría para romper con el momento de malestar. Gemma permanece atenta al discurso de Anna. Ella explica que guarda un guante en el congelador y que cuando se siente mal, lo aplica en la zona del antebrazo donde antes se habría autolesionado”.

Comportamiento imitativo: Es el comportamiento vicario y hace referencia al beneficio terapéutico que surge a partir de la observación de los otros miembros del grupo.

“Cuando Irene habla, Clara eleva la mirada, cambia hacia una posición más erguida y sigue especialmente atenta al discurso de la compañera. La terapeuta hace notar este comportamiento en Clara, que generalmente mira al suelo y no participa de forma activa en el grupo. Clara expresa la admiración que siente por la compañera”.

Altruismo: Se define como la ayuda mutua, sugerencias e *insights*, y tranquilización de unos a otros.

“Mateo se muestra en la sesión grupal más callado de lo habitual. En los últimos minutos de grupo, solicita permiso a Clara para explicar una situación que le preocupa y ella asiente tímidamente. Mateo comparte con el grupo que Clara la llamó el día anterior disgustada y llorando tras discutir con su pareja. Mateo salió a su encuentro, pero cuando ella llegó, negó la importancia del enfrentamiento y su pareja se presentó en cuestión de minutos en el lugar donde estaban con actitud agresiva. Mateo revela su impotencia ante esta situación y anima a Clara a hablar sobre esta relación, en el grupo”.

Desarrollo de técnicas de socialización: Hace referencia al desarrollo de habilidades sociales básicas mediante el *feedback* que proporciona el grupo.

En la ronda final, Mateo refuerza las escasas intervenciones de Yolanda: “cuando hablas, siempre das en la diana”, y le pide a continuación que se incluya más en el grupo”.

Catarsis: Se trata de dar rienda suelta a emociones fuertes y profundas y sentir que aún así, uno es aceptado por el grupo.

“Gerard explica una agresión física reciente hacia la madre tras impedirle salir de casa. El grupo le señala la necesidad de autocontrol. En la ronda final, Leire explica que la sesión la ha trasladado a una época en la que se sentía muy enfadada con sus padres, y describe una imagen que visualizó en aquel momento de los padres muertos y enterrados, lo que le conduce a un episodio de llanto profundo en una respuesta catártica. El grupo termina más tarde, con el grupo y los terapeutas acompañando a la paciente, hasta que ella manifiesta que está más tranquila”.

Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: Consiste en revivir en el espacio grupal experiencias que suceden en la propia familia. Permite ser más consciente del impacto social que la familia tiene en la vida de cada miembro.

28

Yara recuerda que cuando su madre lloraba tras algún altercado con su padre, éste la sujetaba impidiéndole ir a consolar a su madre. La paciente relaciona esta vivencia con la inhibición conductual que muestra en el grupo, especialmente en momentos de tensión”.

Factores existenciales: Se refiere a la toma de conciencia de que la orientación y el apoyo que se puede recibir de los demás tienen un límite, y que la responsabilidad final de cómo vivir la vida recae sobre uno mismo. Es decir, aunque se pueda estar cerca de los demás, existe una inevitable soledad, propia de la existencia.

“Blanca anuncia al grupo por sorpresa y visiblemente ilusionada su idea de empezar a retomar el colegio de nuevo, debido a su percepción de mejoría”.

Cohesión del grupo: Se caracteriza por la cooperación y capacidad de trabajo conjunto del grupo.

“Con la entrada de un nuevo miembro, los diferentes miembros del grupo se muestran más participativos que en sesiones anteriores. Le explican las normas del grupo, los cambios que han experimentado desde el inicio, y la ‘historia del grupo’”.

Aprendizaje interpersonal: Consiste en la mayor comprensión de uno mismo a través de compartir las vivencias/experiencias con el resto de compañeros y a modificar algunas actitudes con respecto a los demás.

“Al final de la sesión de grupo se le invita a hablar a Dalia, que comenta que no estaba siguiendo el grupo. ‘Es como si estuviera dormida, pero estando despierta’. Añade que esto le pasa cuando surge malestar y no quiere sentirlo”.

Resultados del cuestionario

Los 15 pacientes que participaron en el estudio contestaron a todas las preguntas del cuestionario.

En la [Tabla 2](#) se presentan las medias, desviaciones típicas y rango de puntuaciones para los 11 FTG. La universalidad es el FTG más valorado, con una puntuación media de 7,8. A continuación, los adolescentes valoraron en promedio el FTG relacionado con el altruismo, obteniendo una puntuación de 7,4. El siguiente FTG mejor valorado por el grupo fue infundir esperanza con una puntuación promedio de 7,3. En el extremo contrario, los FTG menos valorados por el grupo son el desarrollo de técnicas de socialización, con un valor medio de 5,3; el aprendizaje interpersonal con una puntuación de 5,7 y la conducta imitativa con un valor promedio de 6,2. La frecuencia absoluta y relativa de cada FTG pueden consultarse en la [Tabla 3](#).

En la [Figura 1](#) se ofrece una comparación de los resultados de los adolescentes con los resultados obtenidos por adultos (17). Las valoraciones son muy parecidas a las obtenidas en población adulta. Ambos grupos de población coinciden en valorar más alto universalidad, altruismo y cohesividad y en valorar más bajo la conducta imitativa, desarrollo de técnicas de socialización y aprendizaje interpersonal.

Tabla 2. Media, desviación típica y rango de puntuaciones de cada FTG.

Factor terapéutico	Media	Desviación típica	Rango de puntuaciones
1. Altruismo	7,40	2,09	3-10
2. Catarsis (verbalización)	6,33	2,69	1-10
3. Cohesión	6,90	2,09	2-10
4. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario	6,33	2,36	1-10
5. Desarrollo de técnicas de socialización	5,30	3,09	1-10
6. Factores existenciales (conciencia de la propia realidad)	6,80	2,81	1-10
7. Conducta imitativa	6,20	2,88	1-10
8. Información participada	6,40	3,09	1-10
9. Infundir esperanza	7,33	2,52	3-10
10. Aprendizaje interpersonal	5,73	2,98	1-10
11. Universalidad	7,80	2,29	2-10

Tabla 3. Frecuencias absolutas y relativas (en porcentaje) de cada puntuación (1-10) para cada FTG.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Altruismo	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	4 (26%)	3 (20%)	0 (0%)	4 (26%)	15 (100%)
Catarsis (verbalización)	1 (6,7%)	0 (0%)	2 (13,3%)	0 (0%)	3 (20%)	1 (6,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	15 (100%)
Cohesión	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)	1 (6,7%)	4 (26%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	15 (100%)
Recapitulación correctiva del grupo familiar primario	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	3 (20%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	15 (100%)
Desarrollo de técnicas de socialización	3 (20%)	2 (13,3%)	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	3 (20%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	15 (100%)
Factores existenciales (conciencia de la propia realidad)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0 (0%)	2 (13,3%)	0 (0%)	1 (6,7%)	4 (26%)	3 (20%)	2 (13,3%)	15 (100%)
Conducta imitativa	1 (6,7%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	4 (26%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	15 (100%)
Información participada	3 (20%)	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (20%)	4 (26%)	3 (20%)	1 (6,7%)	15 (100%)
Infundir esperanza	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	15 (100%)
Aprendizaje interpersonal	3 (20%)	0 (0%)	1 (6,7%)	1 (6,7%)	0 (0%)	3 (20%)	3 (20%)	0 (0%)	3 (20%)	1 (6,7%)	15 (100%)
Universalidad	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,7%)	3 (20%)	0 (0%)	3 (20%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	15 (100%)

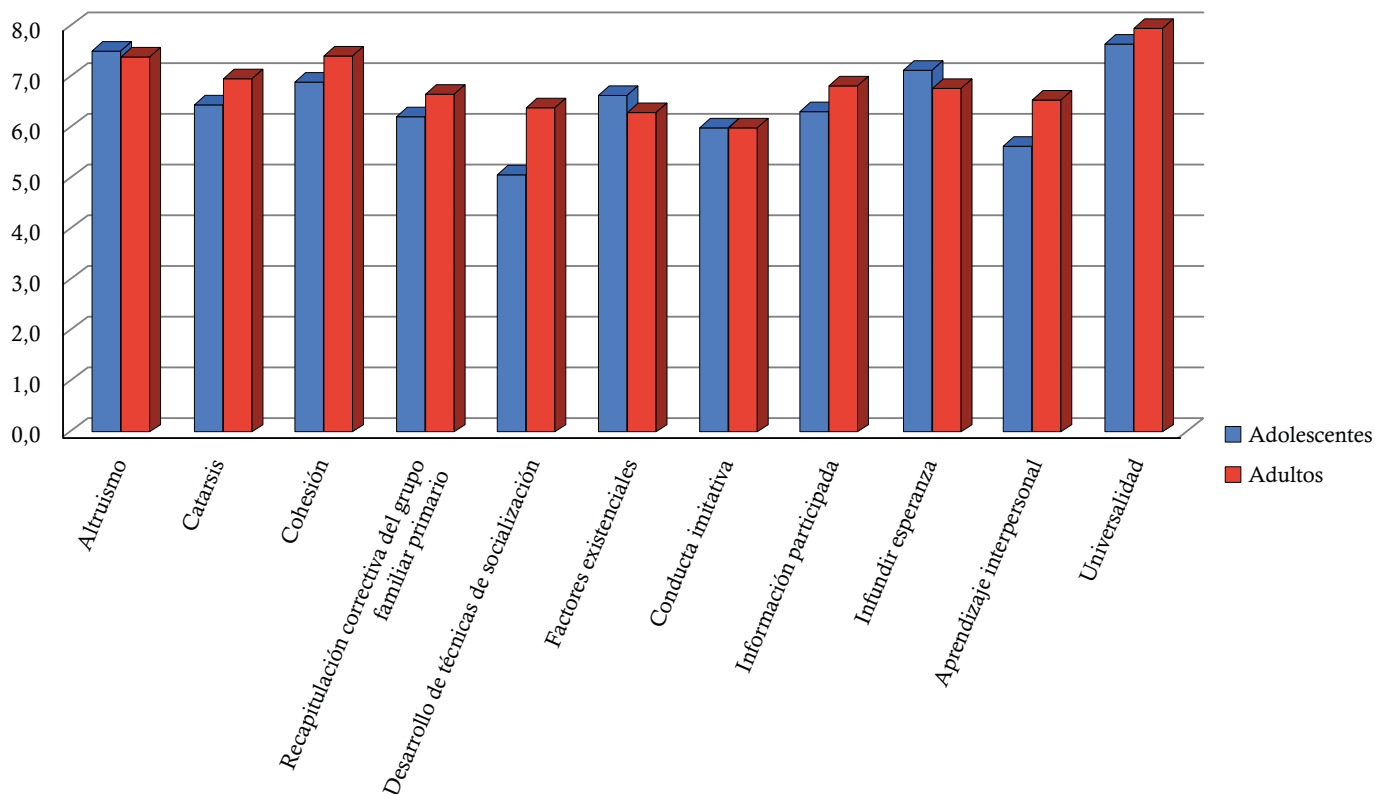


Figura 1. Comparación de los resultados entre adolescentes y adultos (17).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los grupos psicoterapéuticos con adolescentes han mostrado su eficacia y eficiencia en múltiples estudios (2-6). Sin embargo, es necesario medir qué FTG operan la terapia de grupo y si tienen un impacto diferencial en la población adolescente, con la finalidad de conocer cuáles son los factores que influyen de manera más significativa en el proceso terapéutico del adolescente con trastorno mental.

Analizando nuestra experiencia en terapia grupal con adolescentes, hemos identificado todos los FTG de Yalom en los registros de una psicoterapia grupal que forma parte del programa de actividades de Hospital de Día, de acuerdo con nuestra primera hipótesis. C Los FTG descritos con Yalom se ajustan a los principales temas y desafíos de la adolescencia:

- La necesidad de pertenencia al grupo de iguales (cohesión)

- La separación del núcleo familiar y el cuestionamiento de los roles fijos desempeñados hasta el momento (recapitulación correctiva del grupo familiar primario, aprendizaje interpersonal)
- La necesidad de descubrir y explorar nuevas formas de comportamiento (conducta imitativa, técnicas de socialización, altruismo, información participada)
- La vivencia de sentimientos e impulsos nuevos (universalidad, catarsis)

El aumento de la responsabilidad personal (factores existenciales). En el cuestionario, los adolescentes valoraron en mayor medida aquellos FTG con componente emocional (universalidad, altruismo, infundir esperanza). Estos resultados son similares a los observados en estudios previos, tanto con adolescentes como con adultos, en los que los FTG mejor valorados eran de naturaleza afectiva (8,17). Estos resultados apuntan a que la experiencia

emocional del grupo tiene un valor destacado en el proceso terapéutico de los adolescentes.

La cohesión grupal juega un papel muy importante ya que, como señala Yalom (10) es el equivalente del vínculo terapéutico en la terapia individual. Sin embargo, aunque la cohesión obtuvo una valoración alta en nuestro estudio, en contraposición a nuestra segunda hipótesis del estudio, los adolescentes valoraron en mayor medida el alivio que surge al contrastar que los síntomas y problemas son similares al resto del grupo (universalidad) y a los procesos de ayuda mutua (altruismo e infundir esperanza). Es probable que estos FTG ayuden a que el adolescente se sienta integrado en el grupo, y esta cohesión, refuerce a su vez la aparición de los otros FTG.

Por otra parte, concluimos que el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento (técnicas de socialización e imitación), son percibidas por el adolescente como secundarias en este proceso, contrario a nuestra tercera hipótesis. Una posible explicación es que el adolescente tiene a su disposición otros contextos en los que desarrollar sus habilidades sociales tales como la escuela, su grupo de amigos o entorno familiar, por lo que estos factores no son factores tan específicos de la psicoterapia grupal.

Este trabajo pretende aportar conocimiento y generar reflexión desde la práctica asistencial con adolescentes en tratamiento en Hospital de Día. Se trata del primer estudio conocido hasta la fecha realizado en una muestra española sobre los FTG en adolescentes. No obstante, este estudio posee una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra es reducida, por lo que los resultados son difícilmente generalizables. Por otra parte, la metodología empleada en el análisis de datos a nivel cuantitativo como cualitativo es poco rigurosa, lo que dificulta profundizar más en el tema de estudio. Por último, el cuestionario de FTG empleado —aunque ha resultado de utilidad ya que como anteriormente señalamos, consideramos que abarca los temas propios de la adolescencia— todavía no dispone de una validación en una muestra española y no está adaptado a población adolescente. Si en los futuros estudios, se pueden superar las limitaciones señaladas, sería interesante estudiar la relación entre FTG y otras variables, como tipo de grupo, orientación diagnóstica o evolución terapéutica. En conclusión, consideramos que el conocimiento de los FTG por parte de los terapeutas, puede contribuir a dar mayor sentido global

a la psicoterapia grupal así como facilitar intervenciones más dirigidas y desarrollar una mayor sensibilidad hacia aspectos relacionados con la interacción grupal. En el presente estudio, los FTG de Yalom fueron identificados en el espacio de psicoterapia grupal, y aparecen relacionados con las cuestiones inherentes a la adolescencia. Es posible que los adolescentes se beneficien en mayor medida de las intervenciones que refuercen los FTG de tipo emocional más que aquellas intervenciones dirigidas al aprendizaje de habilidades sociales. Por último, sería interesante disponer de un instrumento de medida validado y específico para evaluar los FTG en adolescentes que permita profundizar más en esta cuestión.

REFERENCIAS

1. Apellániz V. Psicoterapia analítica grupal con adolescentes que presentan trastornos de la personalidad; 2014.
2. Keles S, Idsoe T. A meta-analysis of group Cognitive Behavioral Therapy (CBT) interventions for adolescents with depression. *Journal of Adolescence*. 2018;67(1): 129-39.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.05.011>
3. Waldron HB, Turner CW. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescent Substance Abuse. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(1): 238-61.
<https://doi.org/10.1080/15374410701820133>
4. Lacasa F, Álvarez M, Navarro MÁ, Richart MT, San L, Ortiz EM. Emotion Regulation and Interpersonal Group Therapy for Children and Adolescents Witnessing Domestic Violence: A Preliminary Uncontrolled Trial. *Journ Child Adol Trauma*. 2018;11: 269-75.
<https://doi.org/10.1007/s40653-016-0126-8>
5. Hayward C, Varady S, Albano AM, Thienemann M, Henderson L, Schatzberg AF. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000;39(6): 721-26.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00010>
6. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized Trial of Group Therapy for Repeated

- Deliberate Self-Harm in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(11): 1246-253.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00003>
7. Hauber K, Boon AE, Vermeiren R. Therapeutic factors that promote recovery in high-risk adolescents intensive group psychotherapeutic MBT programme. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019;13(1).
<https://doi.org/10.1186/s13034-019-0263-6>
 8. Chase JL. Inpatient adolescent and latency-age children's perspectives on the curative factors in group psychotherapy. *Group*. 1991;15: 95-108.
<https://doi.org/10.1007/BF01456792>
 9. Corsini RJ, Rosenberg B. Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1955;51(3): 406-11. <https://doi.org/10.1037/h0048439>
 10. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3rd ed. Basic Books; 1985.
 11. Lese KP, MacNair-Semands RR. The Therapeutic Factors Inventory: Development of a Scale. *Group*. 2000;24(4): 303-17.
<https://doi.org/10.1023/A:1026616626780>
 12. Joyce AS, MacNair-Semands R, Tasca GA, Ogrodniczuk JS. Factor structure and validity of the therapeutic factors inventory-short form. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*. 2011;15(3): 201-19. <https://doi.org/10.1037/a0024677>
 13. Kageyama M, Nakamura Y, Kobayashi S, Yokoyama K. Validity and reliability of the Japanese version of the Therapeutic Factors Inventory-19: A study of family peer education self-help groups. *Japan Journal of Nursing Science*. 2016;13(1): 135-46.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12098>
 14. Macnair-Semands R, Ogrodniczuk J, Joyce A. Structure and Initial Validation of a Short Form of the Therapeutic Factors Inventory. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2012;60(2): 245-81.
 15. Mander J, Vogel E, Wiesner V, Blanck P, Bents H. Yaloms Wirkfaktoren in der Gruppentherapie: Übersetzung und Validierung eines Fragebogens. *Psychotherapeut*. 2016;61(5): 384-92.
<https://doi.org/10.1007/s00278-016-0119-y>
 16. Tasca G, Cabrera C, Kristjansson E, MacNair-Semands R, Joyce A, Ogrodniczuk J. The therapeutic factor inventory-8: Using item response theory to create a brief scale for continuous process monitoring for group psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 2016;26(2): 131-45.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2014.963729>
 17. Ribé JM, Mercadal J, Carrió A, Sánchez J, Ramilans C, Alberich C. Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: un estudio desde la perspectiva de los participantes. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2018;38(134): 473-89.
 18. Yalom I, Vinogradov S. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós; 1996.

Susana Cruylles¹ * 
Hilit Kletter² 
Victor G. Carrión² 

¹ Psicóloga Clínica, Terapeuta de Familia, Práctica Privada, Madrid, España.

² Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Susana Cruylles
Correo: scruylles@hotmail.com

Terapia de claves traumáticas en formato combinado, presencial-telemático: a propósito de un caso

Combined online and in-person cue-centered therapy: a case study

RESUMEN

Los niños son más vulnerables al efecto del trauma o traumas repetidos, por el impacto que produce en sus cerebros en desarrollo. La Terapia de Claves Traumáticas de la Universidad de Stanford es un tratamiento sesión a sesión con evidencia científica, para el tratamiento de estrés postraumático crónico para niños y adolescentes. Se describe el tratamiento en formato combinado: presencial y telemático, de una paciente de 14 años con diagnóstico de estrés postraumático, tratada con dicha psicoterapia. Al final del tratamiento la sintomatología traumática de la paciente disminuye, no cumpliendo criterios clínicos de trastorno de estrés postraumático. La Terapia de Claves Traumáticas de forma combinada, se sugiere como una opción válida de tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en niños y adolescentes.

Palabras clave: Trauma, Estrés Postraumático Crónico, Niños y Adolescentes, Psicoterapia Telemática.

ABSTRACT

Children are more vulnerable to the effects of trauma(s) because of the impact on their developing brains. Cue-Centered Therapy, from Stanford University is an evidence-based psychotherapy, guiding the therapist session by session, for the treatment of chronic posttraumatic stress. The treatment of a 14-year-old patient following the Cue-Centered Therapy, following a hybrid format (in-person and online) is described. At the end of the treatment sessions, the posttraumatic symptoms are reduced not meeting clinical criteria. Combined online and in-person Cue-Centered Therapy is a suggested treatment option for chronic posttraumatic stress disorder in children.

Keywords: Trauma, Chronic Posttraumatic Stress, Children and Adolescents, Online Psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Los niños son más vulnerables a los efectos del (de los) trauma(s) por el impacto que produce en sus cerebros en desarrollo (1). Podemos hablar de trauma tipo I producido por un evento puntual y trauma tipo II o trauma complejo, producido por traumas repetidos y continuados en el tiempo. Las respuestas psicológicas ante una situación traumática o varias, se podría articular como un espectro de varios trastornos, más que como un trastorno único (2).

Los niños expuestos a un trauma complejo pueden tener efectos que afectan a múltiples áreas de su funcionamiento y que, si no se tratan, pueden permanecer a lo largo de toda su vida. (3).

Según la Guía de Expertos de la *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*, el consenso para el tratamiento del trauma complejo debe incluir una valoración y reconocimiento adecuado de los síntomas, así como una intervención multimodal organizada en fases consecutivas que incluya: (1) seguridad, educación y habilidades de afrontamiento, (2) trabajo con las memorias traumáticas -narrativa y procesamiento- y (3) integración del tratamiento y consolidación (4).

Las mejores prácticas reconocidas, para niños y adolescentes con trauma(s) implican tratamientos secuenciales de componentes múltiples que incluyen: evaluación del trauma del niño y de su familia; seguridad, estabilidad y manejo de las situaciones crisis; desarrollo de nuevas competencias, habilidades de comunicación y de afrontamiento; establecer un vínculo terapéutico seguro con el paciente y su cuidador; psicoeducación sobre las respuestas al trauma; facilitar el proceso de nombrar emociones, expresarlas y regularlas; trabajar la exposición y procesamiento cognitivo del trauma (por ejemplo a través de la narrativa(s) del (de los) eventos; fomentar la integración mente-cuerpo y consolidación de las habilidades aprendidas, y trabajar la autopercepción, autoeficacia y empoderamiento (5).

Respecto a la farmacología, la literatura científica refiere que la psicoterapia es el tratamiento de elección (6).

La Terapia de Claves Traumáticas -TCT- (*Core-Related Therapy*) de la Universidad de Stanford, es un

tratamiento psicoterapéutico, validado empíricamente, para el tratamiento de trauma crónico en niños. Ha sido desarrollado por el equipo de *Early Life Stress and Resilience Program* dentro del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, de dicha universidad. (7, 8). Es una psicoterapia integradora y flexible, con componentes de diferentes terapias enfocadas en el trauma, validadas empíricamente, y que guía al terapeuta sesión a sesión. Cumple con los requisitos arriba mencionados, con el objetivo de integrar las experiencias de trauma complejo en niños y adolescentes.

Hasta la fecha se han realizado dos ensayos aleatorizados controlados sobre la TCT. El primero, se realizó con una muestra de sesenta y cinco niños, con edades comprendidas entre 8-17 años (media 11.56), la mayoría pertenecientes a minorías étnicas, expuestos al menos a dos situaciones traumáticas. Se les asigna aleatoriamente a grupo control o experimental. Para medir los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático en los niños y cuidadores se aplica el Índice de Reacción-PTSD-RI de UCLA para el DSM-IV; para los síntomas de ansiedad la Escala de Ansiedad Manifiesta para niños-RCMAS; para los síntomas depresivos se utiliza el inventario de depresión para niños-CDI y el terapeuta aplica la Escala de Valoración Global para Niños- CGAS. Para medir ansiedad y depresión en los cuidadores se utiliza el Inventario de Ansiedad de Beck-BAI y el Inventario de Depresión de Beck-BDI. Estas valoraciones se realizan antes de empezar la terapia, en mitad de tratamiento, al finalizar y a los tres meses. Se demuestra la eficacia de la TCT en la mejora de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático, la mejora de la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático-TEPT, en los cuidadores y en los niños, una reducción de la ansiedad en los cuidadores, y se mantiene a los 3 meses de seguimiento (9).

En el segundo estudio participaron 73 niños y adolescentes con edades entre 7-17 (media de 12.9), de diversas etnias. Se les asigna aleatoriamente a tres opciones de tratamiento, Terapia de Claves Traumáticas (TCT), Terapia Cognitivo Conductual enfocada en el Trauma (TF-CBT) o Tratamiento habitual (TH). Las medidas utilizadas para medir TEPT y depresión son las mismas que en el primer

ensayo clínico. Para la medición de la ansiedad se aplicó la Escala de Ansiedad Multidimensional para niños (MASC). Se añadió el Inventario de Valoración Conductual de las Funciones Ejecutivas -BRIEF- para niños, para valorar las funciones ejecutivas y la Escala Breve de Deterioro- BIS para los cuidadores. Se incluyó también la prueba fNIERS (*functional near-infrared spectroscopy*) para poder identificar neuromarcadores asociados con la mejoría clínica. Los resultados preliminares revelan unos mejores resultados terapéuticos de la TCT y TF-CBT sobre TH (10).

El propósito de este artículo es 1) demostrar la aplicación de la TCT a través del desarrollo de un caso, y 2) la efectividad de la TCT en este caso, aplicada de forma combinada presencial y telemática, durante la pandemia por Covid-19.

La formación para el terapeuta en TCT, se realiza primero a través de un curso online que complementa al manual, posteriormente con un entrenamiento presencial de 8 horas de duración y por último una supervisión de dos casos clínicos (11).

Lo que hace diferente la TCT de otras terapias de tratamiento de niños y adolescentes es: (1) la necesidad del cuidador solo en cuatro de las 15 sesiones. Los autores observaron que algunos de estos niños dispuestos a hacer terapia, no tenían cuidadores que, por razones logísticas o psicológicas, podían participar en todo el proceso terapéutico y quisieron desarrollar un tipo de intervención dirigida a construir autoeficacia en el niño. (2) El foco tanto en los eventos traumáticos, como en las experiencias positivas a lo largo de la vida, para poder empoderar al niño y construir resiliencia. No se pretende eliminar los patrones de comportamientos existentes – que han sido funcionales en algún momento- sino crear unos nuevos, trabajando la flexibilidad cognitiva. (3) El objetivo no es tratar un solo evento traumático, sino trabajar la carga alostática, es decir, el cúmulo de los eventos traumáticos y del estrés-no sólo de un único evento traumático- a lo largo de la vida y su impacto en la mente y el cuerpo. (4) Incorporar una esquina más al clásico triángulo cognición-emoción-comportamiento: las reacciones fisiológicas, construyendo un cuadrado interrelacionado.

La TCT está estructurada en 15 sesiones de 50 minutos con tres más opcionales, y divididas

en 4 fases. Se necesitaría a los padres o cuidadores en cuatro sesiones fundamentales de las 15 (evaluación y psicoeducación, mitad de tratamiento y fin de tratamiento), facilitando que se trabaje con el niño o adolescente, si los cuidadores tienen poca disponibilidad. Se darán tareas para realizar entre sesiones- Actividades para casa- y afianzar el trabajo de estas. La TCT permite también flexibilidad para que el terapeuta incluya sus propias habilidades y experiencia terapéutica.

En la fase 1 (sesiones 1-3): se realiza una evaluación psicopatológica detallada del niño/ adolescente y de su entorno, así como una evaluación específica de la(s) experiencia(s) traumática(s). Se realiza psicoeducación: neurobiología del trauma en el cuerpo y la mente, se explica el *Cuadrado de la TCT* (facilita que el paciente entienda cómo las emociones, sensaciones corporales, pensamientos y comportamiento se influyen mutuamente y permite encontrar patrones de respuesta que se repiten), el condicionamiento del trauma, el reconocimiento de estímulos traumáticos clave, y se enseñan herramientas de regulación emocional y cognitivas para el manejo de los síntomas construyendo una Caja de Herramientas, en la que se incluyen también las propias del niño. En esta fase se necesita al cuidador en 2 sesiones y se le proporciona la *Lista de Estímulos Clave* para que la complete, necesaria para la fase de exposición a las claves traumáticas.

En la fase 2 (sesiones 4-7), se realiza la *Línea de Vida* del niño: se anotan la(s) experiencia(s) traumática(s) y las positivas valorándolas con el niño: -3 a -1: negativas; 0: Neutral; +1 a +3: positivas. Esto facilita, además, que, de forma gráfica, el niño vea toda su vida, permitiendo entender el efecto de la carga alostática y a su vez trabajar en la construcción de su resiliencia, con el fin de integrar lo traumático en el resto de sus experiencias vitales y pasar de una identidad de “víctima” a otra de “superviviente”. Se le pide también que relate en detalle alguna de las experiencias traumáticas. Se valoran distorsiones cognitivas, lagunas de memoria, emociones básicas de trauma (miedo, enfado y tristeza). Se entrega al paciente el *Registro de sentimientos* 1ab y 2 que ayudan a procesar y conectar el comportamiento y los estímulos traumáticos clave con las tres emociones principales y con el *Cuadrado de la TCT*.

36

En la fase 3 (sesiones 8-12), se realiza una revisión de la mitad del tratamiento con el cuidador y se trabaja en la exposición a los estímulos traumáticos clave, en imaginación, en la sesión e in-vivo. Esta última, con ayuda del cuidador, preparándolo previamente.

En la fase 4 (sesiones 12-15) se revisita de nuevo lo traumático, enfocándose en la integración de todo lo aprendido. Se trabaja para afrontar posibles obstáculos y situaciones difíciles y se prepara la finalización del tratamiento, incluyendo al cuidador por cuarta vez en la terapia (7, 8).

A continuación, se describe un caso de una joven de 14 años con experiencias de trauma complejo tratada con el modelo de la Terapia de Claves Traumáticas.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 14 años que acude a consulta, tras haber revelado a su madre, un mes previo a la cita, abusos sexuales sufridos por su padre, en varias ocasiones, cuando la paciente tenía 7 años. También a los 7 años, el padre de la paciente, vuelve a su país de origen, por temor a volver a entrar en prisión en el país de residencia, no estando en contacto con la paciente desde entonces.

La paciente, tiene un semblante triste, alerta, desconfiado y decaído. Presenta muy bajo estado de ánimo y somatizaciones como dolores frecuentes de cabeza o tripa sin causa orgánica. Refiere falta de relaciones sociales, desmotivación, falta de concentración, irritabilidad, cansancio y aburrimiento, todo ello también confirmado por la madre, y de varios años de duración. Siente mucha culpa en todo lo relacionado con su padre. No presenta alteraciones del contenido del pensamiento ni ideación autolítica. Fue bien en la escuela hasta los 8-9 años, a partir de entonces, su rendimiento bajó considerablemente. Presenta miedo intenso a pinchazos de agujas desde los 8 años.

Biografía

Los padres de la paciente tienen 16 años cuando nace la paciente. Vivió hasta los dos años con sus padres en el domicilio de los abuelos paternos. Desde los 2 años, cuando sus padres se separaron hasta la

actualidad, vivió con su madre en el domicilio de la abuela materna que fallece por Leucemia Aguda, cuando la paciente tenía 8 años. Cuando estaba en las visitas con su padre, le llevaba con sus amigos ya que pertenecía a “bandas”, donde había peleas con armas blancas y en ocasiones armas de fuego, siendo la paciente testigo de estas situaciones. En ocasiones, el padre llegaba a la casa con manchas de sangre en la camisa.

Actualmente vive con su madre, que tiene la custodia y patria potestad, con otra hermana menor de otro matrimonio de la madre, el novio actual de la madre y dos tíos maternos no biológicos, con discapacidad intelectual.

La paciente tiene muy buena relación con sus abuelos paternos que viven en la misma ciudad.

Desarrollo evolutivo y antecedentes médicos

Desarrollo psicomotor e hitos evolutivos con normalidad.

Enfermedades médicas: Enfermedad de Von Willebrand diagnosticada con 8 años, tratada con ácido tranexámico y anillo vaginal en seguimiento por el servicio de pediatría.

Antecedentes psiquiátricos familiares

La madre de la paciente fue adoptada de otro país, con 8 años, tras permanecer una temporada en un orfanato donde fue abusada sexualmente por compañeros del orfanato. Vió como mataron a su padre biológico en su país de origen y una de sus hermanas biológicas también sufrió abuso sexual en la adolescencia. Ha recibido tratamiento psiquiátrico muy irregular con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad no especificado y Trastorno Depresivo no especificado.

El padre de la paciente ha estado en prisión por agresiones y ha tenido orden de alejamiento de la madre de la paciente en el país de residencia. Actualmente vive en su país de origen.

Abuela materna biológica presenta adicción al alcohol y tóxicos.

Tías biológicas maternas en tratamiento psiquiátrico desde la adolescencia por Trastorno Depresivo no especificado, con tratamiento irregular.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante una entrevista clínica completa: motivo de consulta, exploración psicopatológica (estado de ánimo, contenido y forma del pensamiento, capacidad de juicio e *insight*, ideación autolítica, presencia de alucinaciones, delirios, obsesiones), biografía, desarrollo psicomotor, historia escolar y de sociabilidad, antecedentes personales médicos y de salud mental y antecedentes familiares, tal y como se detalla más arriba. Se entrega el Cuestionario de Evaluación de Trauma en Adolescentes en español-CATS (Reporte juvenil y al cuidador) -a la paciente y a su madre con puntuaciones 36 y 35 respectivamente (punto de corte del CATS: <15: Normal. Clínicamente no elevado; 15-20: Angustia moderada relacionada con el trauma; 20>: Probable TEPT), cumpliendo criterios clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático según el *Diagnostic and Statistical Manual- DSM-5* (12).

Por su biografía y sintomatología, se considera una paciente con trauma tipo II y se decide, según las recomendaciones de inclusión en la TCT, que es candidata a tratamiento. A su vez se deriva a la madre a terapia de familia, a la que no acude durante el proceso terapéutico.

Tratamiento y evolución clínica

Tras realizar una primera sesión de evaluación presencial, el resto de las sesiones son telemáticas por la situación de pandemia y a petición de la paciente y su madre. Se realiza tratamiento cada quince días, interrumpido tres semanas por vacaciones escolares. La paciente no cancela ninguna de las sesiones.

Fase 1

Se realiza una evaluación psicopatológica regular para niños y adolescentes descrita más arriba, se realiza una evaluación específica del (de los) trauma(s). En la evaluación específica se anota para cada una de las situaciones traumáticas que vivió: qué, quién, cuándo, cómo, dónde ocurrió; cómo era el comportamiento antes, durante y después de las experiencias traumáticas, traumas experimentados

por la familia, el apoyo familiar y de la comunidad, y cómo el trauma afectó a los cuidadores. Se identifica posibles claves traumáticas iniciales.

Se proporciona psicoeducación del impacto y síntomas de trauma, se describen los conceptos y fases de la TCT, se enseña las herramientas emocionales y cognitivas según el manual y se añade las propias de la paciente para construir la *Caja de Herramientas*. “Herramientas” propias de la paciente: hablar con amigas, estar con su hermana, escuchar música, estar y hablar por teléfono con su novio.

Se destaca como fortalezas de la paciente: la red familiar de apoyo en especial con sus abuelos paternos, los vínculos con su hermana, novio y capacidades cognitivas y de introspección.

Como *Actividades para Casa*, se planifica cuándo y cómo poder practicar, entre sesiones, las nuevas herramientas facilitadas por la terapeuta, así como las ya propias de la paciente. También se entrega la *Lista de posibles Estímulos Clave* a la madre para que la complete para la sesión de mitad de la terapia.

Fase 2

Se inicia la recogida de la *Línea de Vida* donde se anotan las situaciones traumáticas, a la vez que las experiencias de resiliencia (Figura 1). La paciente se implica mucho en la descripción de los eventos, mostrando sorpresa tanto con los eventos negativos como con los positivos.

En la narrativa, la paciente describe la pelea que tuvo con su padre y su novia en casa de su abuela paterna, que fue la última vez que le vio, así como las experiencias previas de abusos sexuales por parte de su padre. La paciente se muestra muy abierta y colaboradora, mostrando mucha confianza y mucho interés en la narración de los relatos.

En la Narrativa se observan: lagunas de memoria y saltos en la narrativa (secuencia temporal de ambos acontecimientos confusa, no queda claro qué otras personas había en cada situación y cuándo aparecieron en el episodio), distorsiones cognitivas (Tabla 1) y las tres emociones básicas descritas en TCT: la tristeza intensa acompaña en todos los relatos porque “su padre se ha ido” y porque “su madre lo ha pasado muy mal” y mucha culpabilidad porque su padre se fue.

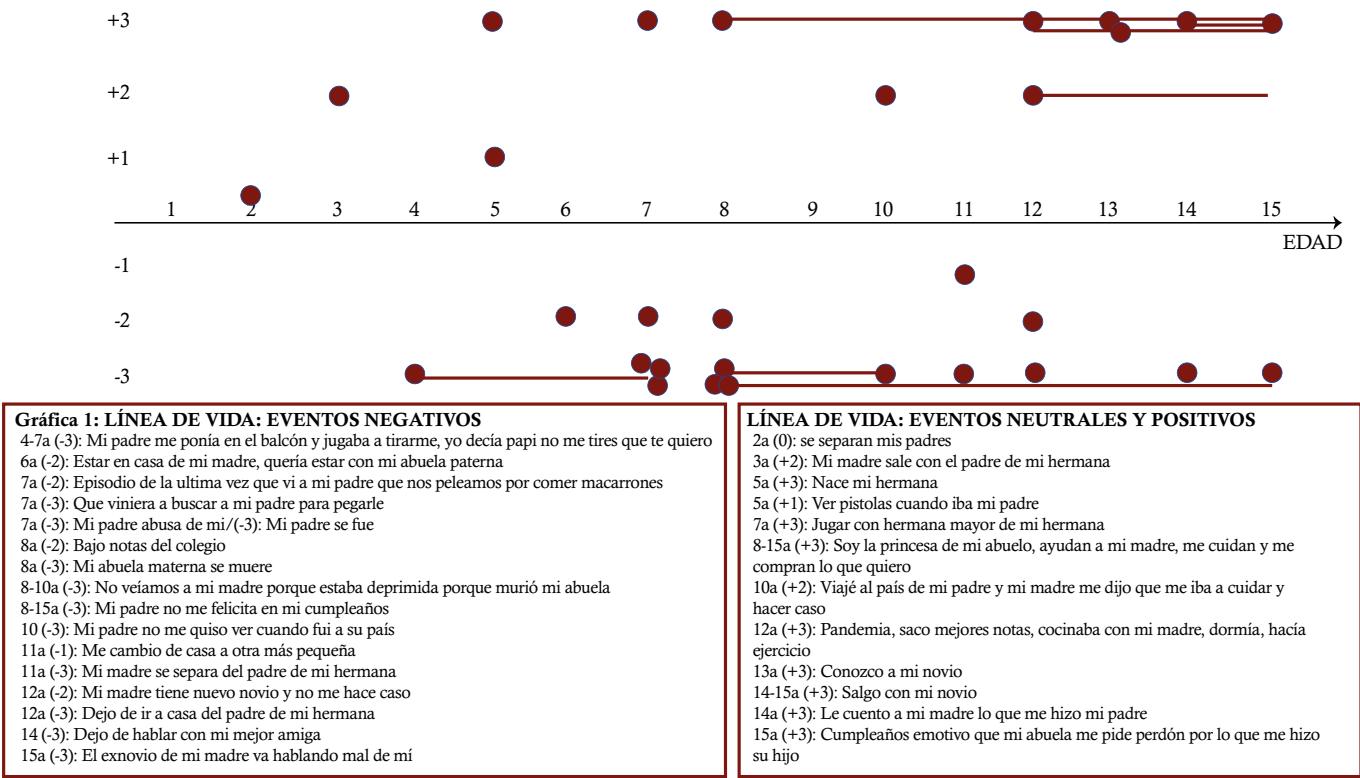


Figura 1. Línea de Vida con experiencias de la paciente.

Tabla 1. Evolución de las distorsiones cognitivas.

Fases 1, 2, 3	Fase 4
• Mi padre se fue por mi culpa	• Mi padre me abandonó
• Si me hubiera portado mejor no se hubiera ido	• No sé por qué se fue
	• La culpa no es de nadie
	• Mi padre se fue, pero me va mejor sin él
• Por culpa de que vomité mi padre se fue	• No puedo controlar el vómito
• Caigo mal a la gente	• Tengo amigos y a veces, a algunas personas caigo mal
* A pesar de que podría considerarse una distorsión cognitiva, se aprecia un cambio en la exteriorización de la culpa	

Se entregan las *Actividades para Casa: Registro de Sentimientos 1a* (Tabla 2) y 2 que permiten conectar 2a las tres emociones básicas con los comportamientos y (2) estos con los estímulos clave traumáticos. El Registro de Sentimientos 2 no fue completado por la paciente y se realizó en la sesión.

Tabla 2. Registro de sentimientos 1a y 1b.

Registro de sentimientos 1a	Registro de sentimientos 1b
Cuando estoy aterrada, asustada, nerviosa yo	Lo que yo haría si estuviera aterrada
• Suelo llorar	• Gritar
• Pensar mucho en qué pasará	• Intentar calmarme, aunque no lo consigo
• Empiezo a transpirar mucho	• Intentar hablar con alguien
• Se me va el sueño	Lo que yo haría si estuviera triste
Cuando estoy triste yo:	• Hablar con mi novio y hermanas
• No puedo parar de llorar	• Llorar
• Me empiezo a agobiar mucho	• Intentar dormir
• Me siento muy cansada	• Intentar arreglar el por qué estoy triste
• Me siento muy mal conmigo misma por todo lo que ha pasado	Lo que yo haría si estuviera enfadada
• No puedo parar de dormir	• Desahogarme
Cuando estoy enfadada yo:	• Intentar calmarme
• Suelo contestar mal a todo el mundo	• Pegar a alguien
• Llora de la rabia	• No hablar a nadie
• Me dan ganas de pegar a alguien	• Irme a un lugar sola
• Digo cosas de las que luego me arrepiento	
• No me apetece hablar a nadie	

Se trabajan las distorsiones cognitivas arriba mencionadas, según los métodos descritos en el manual de la TCT. Se realizan 3 sesiones extras más, tal y como permite el manual. Las sesiones extras se necesitan, 1) en las narrativas de otros eventos traumáticos que se señalan en la Línea de Vida, por ejemplo, para describir las visitas que la paciente tenía con su padre, y 2) para trabajar las distorsiones cognitivas.

Al final de todas las sesiones se practican herramientas de la Caja de Herramientas, fundamentalmente técnicas de relajación y *Mindfulness*. Entre sesiones, como *Actividades para Casa*, la paciente sigue realizando prácticas casi diarias de *Mindfulness*, *Pensamientos positivos* cuando lo necesita y también aumenta la comunicación con su grupo de iguales. Como nueva “herramienta” añade jugar a Voleibol en el barrio donde vive su abuela.

Fase 3

En la sesión de mitad de terapia la madre describe mucha mejoría del estado de ánimo, relaciones sociales, apertura emocional, más comunicación y mejor relación con su hija. La paciente refiere menos tristeza y “más ganas”, sonríe más, tiene más relaciones, tanto con compañeros del centro escolar, como con otros amigos cercanos a su domicilio, y su discurso en las sesiones es más rico en contenido y extensión.

Se realiza un CATS en mitad del tratamiento sólo a la paciente -la madre no puede realizarlo- con una puntuación de 27, cumpliendo criterio clínico de TEPT, bajando en 9 puntos la puntuación desde el comienzo de la terapia.

La lista de *Estímulos Clave* se realiza a solas con la paciente ya que nunca se completó la lista por parte de los cuidadores. Se describen como estímulos clave: “macarrones, manteca de cerdo, el reloj y la hora 11.22 am de la habitación donde ocurrieron los abusos, pinchazo de agujas, fotos de su padre y mensajes de la novia de su padre desde su país de origen”.

Se realiza exposición en imaginación con la habitación donde ocurrieron los abusos y el reloj, con la hora, y la realiza *In vivo* con la abuela paterna en el domicilio. Aunque la abuela no acude a la sesión, dada la buena relación la paciente, se ve en disposición de explicarle a la abuela cómo ayudarle para la exposición *In vivo*.

Se realiza exposición en imaginación e *In vivo* en la sesión, con fotos del padre.

Fase 4

En la reintegración de los eventos traumáticos se observan mejoras en las distorsiones cognitivas (Tabla 1). Se prepara para la finalización de la terapia a la paciente y a su madre. Refieren que hay una mejoría del ánimo, en la comunicación con la madre y con los demás, menos somatizaciones, un aumento de las relaciones sociales, menos irritabilidad, más implicación académica y mejores relaciones familiares. La madre espontáneamente refiere que ella misma está más tranquila y mejor de ánimo.

Se trabaja sobre los posibles obstáculos y situaciones difíciles y qué hacer si ocurren. Una posible situación difícil es el ir a visitar a su padre a su país de origen, el cual ella también considera su país. Se trabaja en poder planear posibles escenarios que pudieran ocurrir y cómo afrontarlos.

Se realiza sesión de “graduación” como sugiere la TCT y se le entrega un diploma, celebrando la mejora y finalización del tratamiento escuchando canciones favoritas de la paciente y de la terapeuta.

Se entrega el cuestionario CATS por tercera vez, a la paciente y a la madre de la paciente, con puntuaciones de 12 y 10 respectivamente, no cumpliendo criterios clínicos de TEPT.

DISCUSIÓN

Los resultados terapéuticos de este caso clínico están en la línea de los obtenidos en estudios previos realizados con la TCT (9), disminuyendo la sintomatología de la paciente y del cuidador objetiva (CATS < 15) y subjetivamente. La paciente ha estado presentando sintomatología traumática, posiblemente de los 8 hasta los 14 años y tras el tratamiento desaparece, mejorando en todas las esferas.

La TCT realizada de forma combinada: presencial-telemática, ha resultado efectiva para tratar el trastorno de estrés postraumático de esta paciente. Este formato podría permitir más flexibilidad para los pacientes y mejor cumplimiento terapéutico al no tener que desplazarse a la clínica correspondiente, siempre que se sigan rigurosamente

las recomendaciones clínicas y adaptaciones que proporciona la literatura científica para las intervenciones telemáticas en pacientes con TEPT (13, 14, 15).

Como limitación al caso presentado, estaría la falta de pruebas objetivas de evaluación y de evolución clínica y se sugiere, en futuras intervenciones, realizar más pruebas objetivas a través de cuestionarios validados científicamente en tres momentos del tratamiento: inicio, mitad y fin del mismo.

CONCLUSIONES

Aunque en este caso ha sido efectivo el formato combinado: presencial-telemático, dos elementos a tener en cuenta serían, la privacidad del paciente mientras está en la sesión y los recursos tecnológicos del paciente.

Harían falta más estudios que valorasen efectividad del formato telemático, y su adecuación según edad, capacidades, sistemas familiares y de apoyos, y recursos tecnológicos, manteniendo como prioridad la seguridad y la mejor atención al paciente.

Sería útil poder realizar nuevas investigaciones que ajusten los diferentes tratamientos para TEPT en niños y adolescentes, al espectro de síntomas que presente el paciente dentro del TEPT, la edad, las capacidades, y el sistema familiar y de apoyos.

La formación para el terapeuta en TCT resulta adecuada para el tratamiento de la patología del trauma complejo en niños y adolescentes, dotando al profesional de herramientas y estructura para detectar y tratar dicho trastorno.

Se sugiere la necesidad de seguir trabajando para crear e implementar en los sistemas sanitarios y comunitarios, programas de atención específica para el estrés traumático, incluyendo la formación a profesionales en la detección y tratamiento de trauma complejo en niños y adolescentes. Por la gravedad del trastorno y sus consecuencias a lo largo de la vida del niño si no se trata.

AGRADECIMIENTOS

A la paciente y a su familia por su generosidad al permitir prestar este caso para la publicación de este artículo y a nuestro equipo de *Early Life Stress and*

Resilience Program de la Universidad de Stanford por su contribución a la investigación y tratamiento del estrés traumático en niños y adolescentes.

CONFLICTO DE INTERESES Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

No hay conflicto de intereses.

CONSENTIMIENTO

El caso clínico se realiza con consentimiento escrito de la familia siguiendo el modelo indicado según las directrices de la revista.

REFERENCIAS

1. The National Child Traumatic Stress Network. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/early-childhood-trauma/effects>
2. Herman JL, Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 377-391. <https://doi.org/10.1007/BF00977235>
3. Cook A et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* Mayo 2005; 35(5): 390-398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
4. Kletter H et al. Cue-Centered Therapy for youth experiencing Posttraumatic Symptoms. *Current Treatment Options in Psychiatry* April 2021. *Early Life Trauma Collection* M Teicher Section Editor. <https://doi.org/10.1007/s40501-021-00241-3>
5. Matlow R: General principles of psychotherapy. In: Carrión V, editor. *Assessing and treating youth exposed to traumatic stress*. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2019.
6. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 2016;47: 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>
7. Carrión VG: *Cue-Centered Therapy for youth experiencing posttraumatic symptoms: A Structured Multimodal Intervention*. Oxford University Press; 2016.

8. Carrión VG: Terapia de Claves Traumáticas: Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas post traumáticos. Gedisa Editorial; 2018.
9. Carrion VG, Kletter H, Weems CF, Berry RR, Rettger JP. Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: a randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. 2013;26:654–62.
<https://doi.org/10.1002/jts.21870>.
10. Carrion, V, Cohen J, Lieberman A, Amaya-Jackson L. New developments in evidence-based trauma treatments and relevance for child and adolescent psychiatrists. Symposium presented at the 67th annual conference of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: San Francisco, CA; 2020
11. Página web de la formación para la Terapia de Claves Traumáticas Cue- Centered Therapy . (<https://med.stanford.edu/elspap/Cue-Centered-Therapy.html>)
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: 2013.
13. Wells SY et al. Delivering Prolonged Exposure Therapy via Videoconferencing During the COVID-19 Pandemic: An Overview of the Research and Special Considerations for Providers 2020; 3(4): 380-390. <https://doi.org/10.1002/jts.22573>
14. Fina BA et al. Conducting Prolonged Exposure for PTSD During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice* 2021; 28 (4): 532-542.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.003>
15. Moring JC et al. Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder via Telehealth: Practical Considerations During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Traumatic Stress* 2020; 33(4): 371-379.
<https://doi.org/10.1002/jts.22544>

Nora Yárnoz-Goñi¹ * 
Ana Goñi-Navarro¹ 
Óscar Bueno-Sainz¹ 
Judith Álvarez-Borillo¹ 
Paula Mollá-Roig¹ 
Eva Gracia Peligero¹

¹ Salud Mental. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Nora Yárnoz Goñi
Correo: nyarnozg@salud.aragon.es.

Adolescente prehuntington

Prehuntington's teenager

RESUMEN

Se presenta el caso de un adolescente derivado a la Unidad de Huntington para valoración psiquiátrica. Objetivos: Realizar diagnóstico diferencial entre la sintomatología de la enfermedad de Huntington juvenil (EHJ) y las conductas propias de un adolescente; Presentar la complejidad de la línea de separación entre la enfermedad neurológica y psiquiátrica; Detallar el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos en la Unidad Funcional de Enfermedad de Huntington de referencia.

Palabras clave: Enfermedad Huntington, adolescente, psicósomática.

ABSTRACT

The case of an adolescent referred to the Huntington's Unit for psychiatric assessment is selected. Objectives: To make a differential diagnosis between the symptoms of juvenile Huntington's disease (JHD) and the usual behaviors of an adolescent. To present the complexity of the dividing line between neurological and psychiatric disease. To detail the clinical-epidemiological profile of the patients seen in the Functional Huntington's Disease Unit of reference.

Keywords: Huntington's disease, adolescent, psychosomatics.

INTRODUCCIÓN

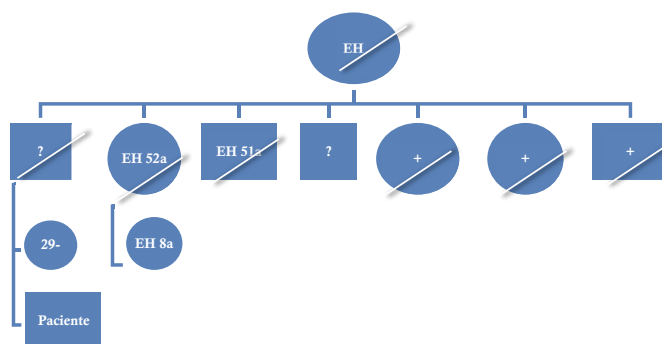
La enfermedad de Huntington (EH) fue descrita en 1872 por George Huntington, se trata de una enfermedad hereditaria poco frecuente de curso y pronóstico grave (1). Se trata de una entidad muy compleja que precisa de diversas especialidades médicas para su correcto manejo. Gracias a la colaboración de la unidad de psicosomática y psiquiatría de enlace, junto con el servicio de neurología, nace la Unidad Funcional de Enfermedad de Huntington del hospital. En ella trabaja un psiquiatra, un neurólogo y un trabajador social. Presentamos el caso de un paciente con antecedentes familiares de EH que inicia un cuadro de alteraciones conductuales por lo que es derivado a psiquiatría para valoración. Se ha obtenido el consentimiento informado para su publicación.

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Se trata de un varón de 16 años con antecedentes familiares de EH que es derivado por neurología para valoración de alteraciones conductuales y caracteriales para descartar inicio de la enfermedad. El paciente presenta reacciones de ira puntuales y autolimitadas, así como enfrentamientos verbales con su madre en situaciones de tensión y recriminación por parte de ella. Presenta un carácter irritable con episodios de agresividad verbal y física hacia objetos. Mal rendimiento escolar en los últimos dos cursos académicos (repite 4º ESO). Este hecho ha coincidido con su traslado de residencia desde su ciudad natal a una nueva localidad y el inicio de convivencia con la pareja de su madre con quien mantiene una relación disarmónica. Refiere también tics motores simples que se presentan en estados de mayor ansiedad pero que logra controlar.

Antecedentes familiares: Padre fallecido a los 46 años (por cirrosis, se desconoce si tenía la mutación del gen para la EH), abuela paterna fallecida de EH. La abuela paterna fue madre de 7 hijos, de los cuales 5 tenían la mutación EH, de estos 5, 2 fallecieron por la enfermedad. Los otros dos hijos se desconoce si tienen la mutación, uno de ellos vive sin patología aparente, y el otro es el padre del paciente que falleció

por enfermedad hepática. Prima de 8 años con inicio de EH. Hermana de 29 años con test genético negativo.



Antecedentes médicos personales: Sin antecedentes psiquiátricos personales. Sin otros antecedentes médicos destacables. Actualmente se desconoce si el paciente tiene la mutación de EH, ya que las pruebas de ADN no se realizan en menores de 18 años presintomáticos.

Exploraciones:

Exploración psicopatológica: consciente, alerta y orientado. No clínica afectiva mayor. No clínica psicótica. Sin alteraciones en la esfera instinto-vegetativa. Incremento de irritabilidad ante frustraciones a nivel familiar. Juicio de realidad conservado.

Exploración neurológica: se pasa la escala Unified Huntington's Disease Rating Scale- Movement (UHDRS-M) con un resultado de 0, es decir no se evidencia deterioro a nivel motor. No corea, ni distonía, ni disartria, tampoco alteraciones del equilibrio ni bradicinesia. Capacidad funcional, Unified Huntington Disease Rating Scale (UHDRS-TFC): 13 (alta). No se evidencia deterioro cognoscitivo.

Juicios diagnósticos: EHJ vs alteraciones de conducta en relación con la adolescencia.

Tratamientos y curso clínico: continuar en seguimiento por consultas de neurología cada 6 meses, con 18 años podrá realizarse la prueba de test genético para determinar la mutación.

DISCUSIÓN

La EHJ es una forma de EH, caracterizada por la aparición de signos y síntomas antes de los 20 años de edad (1). Se estima una prevalencia de un 6% del total de casos de EH (2). La EH está causada por una mutación en el gen huntingtina. En el 75% de los pacientes con EHJ el padre es el progenitor afecto. Se caracteriza por la aparición de dificultades de aprendizaje, así como por hipocinesia y bradicinesia dentro del trastorno motor, siendo frecuentes las convulsiones, la ataxia y la pérdida ponderal (3). La corea, signo clásico de la EH no se observa frecuentemente en la EHJ (2). El inicio y la progresión en estos pacientes es distinto al de los adultos, suelen padecer cambios en la conducta con dificultad para prestar atención, disminución rápida y significativa del desempeño escolar, así como problemas de conducta. La progresión suele ser más rápida que en el caso de la EH en adultos (3).

El diagnóstico se realiza con clínica compatible en un individuo con un progenitor con EH probada, y se confirma por pruebas de ADN (4). Las pruebas de ADN no se realizan en pacientes menores de 18 años presintomáticos.

Las alteraciones psiquiátricas son frecuentes en los pacientes con EH, el trastorno más frecuente es la depresión en forma de irritabilidad, apatía, aislamiento social, astenia etc. Si bien, también son típicos de esta patología el trastorno obsesivo-compulsivo, la manía y el trastorno bipolar (5). Inicialmente, en la etapa presintomática puede haber cambios en el estado de ánimo y en la personalidad, con difícil diagnóstico puesto que el paciente no es consciente de estos síntomas (6).

El diagnóstico diferencial en este paciente se encontraría entre la EHJ o una alteración de conducta en un adolescente. Dada la exploración psicopatológica del paciente no existen criterios clínicos para realizar ningún diagnóstico psiquiátrico ninguno por lo que podríamos descartar un cuadro psicopatológico primario. Parece tratarse más de alteraciones relacionadas con la adolescencia y cambios de domicilio y de vinculación, sin que se aprecien síntomas compatibles en estos momentos con EHJ. Dicha sintomatología nos dirige hacia una crisis adolescente secundaria a acontecimientos estresantes. Según protocolo podría realizarse test

genético con 18 años para conocer si existe mutación del gen huntingtina. Si bien es cierto, podría suscitar la duda de si en este caso estaría indicado realizar un diagnóstico genético antes de la edad adulta dados los antecedentes familiares. No existen signos ni síntomas motores que hagan sospechar enfermedad primaria neurológica y la repercusión de un test genético positivo es muy grande, teniendo en cuenta que el paciente no ha llegado a una edad de madurez emocional que le permita integrar este diagnóstico. Por lo que éticamente no creemos que estuviera justificado realizarlo.

En la unidad funcional de EH de dicho hospital fueron atendidos 41 pacientes en el año 2020. El perfil clínico de estos pacientes se caracteriza por una edad media de 49,7 años, con una proporción de 19 hombres/22 mujeres. Del total de pacientes, 3 tuvieron que ser hospitalizados (2 por infecciones respiratorias y 1 tras intento autolítico). Inicialmente todos los pacientes fueron atendidos por Neurología. El 63,4% precisaron valoración por Psiquiatría, el 39% requirió de intervención por Trabajo Social, el 21% por Endocrinología, el 21% consultó con Rehabilitación y el 9,7% por con Ginecología. Es por todo ello, que se trata de una enfermedad neurológica, psiquiátrica y genética que precisa de una adecuada coordinación de múltiples actuaciones terapéuticas, dentro de un equipo multidisciplinar en donde no sólo es necesario atender aspectos somáticos y psiquiátricos, sino también sociales y judiciales.

CONCLUSIONES

La evaluación del caso descarta un cuadro psicopatológico primario a excepción de crisis adolescente secundaria a acontecimientos estresantes. Por el momento, no se aprecian signos compatibles con EHJ y, según protocolo, a los 18 años podrá realizarse el test genético. Hasta entonces se recomienda mantener seguimiento por neurología cada 6 meses, así como acompañamiento.

La EH se inicia con alteraciones de tipo psiquiátrico en un 30% de los casos (5). Los síntomas más frecuentes son los cambios de personalidad, la depresión y las alteraciones de conducta (6). Es por ello fundamental realizar una historia médica completa que recoja los antecedentes y una valoración integral del paciente,

que nos permita poder diagnosticar de forma correcta e iniciar un buen plan terapéutico.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ninguna financiación económica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Litin SC. Mayo clinic family health book. 5a. Press MC, editor. Rochester, MN, United Kingdom; 2018.
2. Durr A, Humbert S. Maladie de Huntington. Médecine/Sciences. 2021;37(2):120-3.
<https://doi.org/10.1051/medsci/2020273>.
3. Quigley J. Juvenile Huntington's Disease: Diagnostic and Treatment Considerations for the Psychiatrist. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(2): 17-20.
<https://doi.org/10.1007/s11920-017-0759-9>.
4. Fusilli C, Migliore S, Mazza T, Consoli F, De Luca A, Barbagallo G, et al. Biological and clinical manifestations of juvenile Huntington's disease: a retrospective analysis. Lancet Neurol [Internet]. 2018;17(11):986-93.
[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30294-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30294-1).
5. Molón LR, Sáez RMY, Alcocer MILL. Enfermedad de Huntington juvenil: Presentación de un caso y revisión bibliográfica. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38(5): 285-94.
6. Snowden JS, Craufurd D, Griffiths HL, Neary D. Awareness of Involuntary Movements in Huntington Disease. Arch Neurol. 1998 Jun;55(6):801-5.
<https://doi.org/10.1001/archneur.55.6.801>.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

Estas Normas de Publicación recogen los aspectos generales más utilizados en la redacción de un manuscrito. En aquellos casos en que estas normas sean demasiado generales para resolver un problema específico, debe consultarse la página web del International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>, en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>)

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

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

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

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

reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.

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

El resumen se hará en español e inglés y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (ej., en el caso de artículos originales, Introducción, Objetivos, Material, Métodos, Resultados y Conclusiones). Para las secciones de Casos Clínicos y Comentarios Breves se incluirá un resumen de 150 palabras aproximadamente sin necesidad de estructuración.

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia (Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2) para referirse a los fármacos (<http://nbn2r.com/>).

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

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

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso del comité editorial de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos

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

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

- 48 • El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
- Los autores son responsables de la investigación.
 - Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
 - Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

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

Esta es una revista que sigue un proceso de revisión por pares para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, en caso de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema.

El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las galeradas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeradas por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos. Las contribuciones a los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

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

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

“et al.”. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

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

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. Mathematical physics. A modern introduction to its foundations. New York: Springer-Verlag; 1999).
3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. The kinetic approach to dusty plasmas. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).
5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. Impacts of faulty geometry on fault system behaviors. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009).
4. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS) [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. La elección de los revisores

para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo. Se remitirá a los revisores externos los manuscritos sin la autoría.

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos

los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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