

ARTICULO ORIGINAL

El trabajador social la unidad de corta estancia infanto-juvenil del hospital clínico universitario lozano blesa de Zaragoza

N.López Lázaro y E.M. Garcés Trullenque 379

CASO CLÍNICO

El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico- experiencial: a propósito de un caso

M. Romero, M. García, A. Morer, E. Varela, P. Santamarina, A. Vázquez- Morejón, L. Lázaro 392

Encefalitis y psicosis en la adolescencia: a propósito de un caso

S. García Antich, I. Flórez Fernández, T. Jimeno Beltrán, P. Barahona Aceituno 400

Características psicológicas en el síndrome de Noonan: a propósito de un caso

Y. Sanz López, M. Barrios Agrafojo, R. de Burgos Marín 405

NORMAS DE PUBLICACIÓN 409



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

Kristian Naenen Hernani

COMITÉ EDITORIAL

Francisco de Sande Díaz (Lanzarote)

Enrique Ortega García (León)

Antonio Pelaz Antolín (Madrid)

José Alfredo Mazaira Castro
(Santiago de Compostela)

Xavier Gastaminza Pérez (Barcelona)

Rafael de Burgos Marín (Córdoba)

Francisco Ruiz Sanz (Palencia)

Belén Rubio Morell (Madrid)

Josué Monzón Díaz (Bilbao)

Francisco Díaz Atienza (Granada)

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: *Dolores M^a Moreno*

Vice-presidente: *José Ángel Alda*

Secretario: *Carlos Imaz*

Tesorera: *Beatriz Payá*

Presidenta Comité Científico: *Luisa Lázaro*

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: *Belén Rubio*

Vocales: *Rafaela Caballero, Pilar Baos y Kristian Naenen*

COMISIÓN DE REDACCIÓN

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

Luisa Lázaro ... Presidenta

Comisión Científica AEPNYA

Belén Rubio Presidente del Comité de Publicaciones

J. Toro i Trallero Miembro Electo por la AEPNYA

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Revista indexada en el Índice Médico Español, en Bibliomed y en el IBECS

(Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud)

Secretaría de Redacción

Óscar Herreros Rodríguez

C/ Almechiche 28

Churriana de la Vega

18194 - Granada

direccion.revista@aepnya.org

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

Josefina Castro Fornieles

Copyright 2017

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

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

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

Publicación trimestral
Administración, suscripciones y publicidad:

editorial
SELENE

C/Jérez, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: (91) 6395965

www.editorialselene.com

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil



AEPNYA

Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

SUSCRIPCIÓN ANUAL (4 números al año)

IMPORTE

ESPAÑA 100 €

ESTUDIANTES/MIRES 70 €

EXTRANJERO 190 €

Precios vigentes desde el 1 de enero al 31 de diciembre

ENVIAR BOLETÍN A:

SELENE Editorial

C/ Jeréz, 21

28231 Las Rozas (Madrid)

Tlf.: 91 6395965

email: mpazle@seleneeditorial.com

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos

Dirección N° Piso

Cód. Postal Población

Provincia Especialidad

NIF email

FORMA DE PAGO:

CHEQUE NOMINATIVO QUE ADJUNTO

DOMICILIACIÓN BANCARIA

.....

ORDEN DE PAGO, DOMICILIACIÓN BANCARIA

Nombre del titular de la cuenta

Banco C/C N°

Caja de ahorros C/C N°

Sucursal Calle N°

Cód. Postal Población

Provincia Teléfono

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

..... de de

FIRMA DEL TITULAR

INDIQUE CON CLARIDAD SUS DATOS

ORIGINAL REVIEW

**Social worker in the child psychiatry short-stay unit (UCE)
Izaso Blesa University Clinical Hospital (Zaragoza)**

N. López Lázaro y E.M. Garcés Trullenque **379**

CASE REPORTS

**El trastorno conversivo infantil desde una orientación
sistémico- experiencial: a propósito de un caso**

M. Romero, M. García, A. Morer, E. Varela, P. Santamarina, A. Vázquez- Morejón, L. Lázaro **392**

**Encephalitis and psychosis in adolescence: report of clinical
case**

S. García Antich, I. Flórez Fernández, T. Jimeno Beltrán, P. Barahona Aceituno **400**

**Psychological characteristics of Noonan syndrome: a case
report**

Y. Sanz López, M. Barrios Agrafojo, R. de Burgos Marín **405**

NORMAS DE PUBLICACIÓN **409**

Nerea López Lázaro¹ y Eva María Garcés Trullenque²

¹ Trabajadora Social Estudio Propio Trabajo Social y Salud Mental.

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

² Profesora Asociada Trabajadora Social UCE Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Correspondencia:

nerea.lopez.tsocial@gmail.com

emgarcerst@yahoo.es

El trabajador social la unidad de corta estancia infanto-juvenil del hospital clínico universitario lozano blesa de Zaragoza

Social worker in the child psychiatry short-stay unit (UCE) lozano blesa university clinical hospital (Zaragoza)

ORIGEN DEL ARTÍCULO

COMUNICACIÓN PRESENTADA EN 61º CONGRESO DE AEPNyA (CASTELLÓN, 15 AL 17 DE JUNIO DE 2017)

SIMPOSIO “INTEGRANDO MIRADAS EN HOSPITALIZACIÓN DE CORTA ESTANCIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES”

PONENCIA 3 “El trabajador social en la unidad de corta estancia de psiquiatría infanto-juvenil Hospital Clínico Zaragoza”

RESUMEN

La presente comunicación trata de realizar una sistematización de la práctica profesional del trabajador social en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil (U.C.E. P.I) de Aragón, localizada en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

El rol profesional del trabajador social en este dispositivo de atención psiquiátrica a población infanto-juvenil y su familia se basa en la especialización profesional en el campo de la salud mental y en una preponderancia de la función clínica.

Durante la hospitalización de los menores, la trabajadora social ofrece acompañamiento, tratamiento psicosocial y orientación adaptados a la situación de cada menor y de cada familia, priorizando aquellos casos cuyas familias se encuentran en una situación de mayor

fragilidad, se enfrentan a patologías graves que provocan un fuerte impacto en la familia y situaciones de riesgo social.

A lo largo de la comunicación y tras un trabajo de recogida de datos durante un periodo de un año, se plasman a través de diversos gráficos cuales son estas funciones específicas y el papel del Trabajo Social en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil y en el equipo interdisciplinar que la conforma.

Palabras clave: Interdisciplinariedad, trabajo en red profesional, entorno social, función clínica, factores psicosociales.

ABSTRACT

The present communication tries to carry out a systematization of the social worker professional practice in the child psychiatry short-stay unit of Aragón (Spain), located in the Lozano Blesa University Clinical Hospital (Zaragoza).

The professional role of the social worker in this system of psychiatric care for children and adolescents and their families is based on professional specialization in mental health and a preponderance of the clinical function.

During the hospitalization of minors, the social worker offers accompaniment, psychosocial treatment and guidance adapted to the situation of each child and each family, prioritizing those cases whose families are in a

more fragile situation, face serious pathologies that cause a strong family impact and situations of social risk.

Throughout the communication and after a data collection work during one year, these specific functions and the role of Social Work in the child psychiatry short-stay unit are reflected through some graphics.

Keywords: Interdisciplinary, networking, social environment, clinical function, psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación tiene como finalidad presentar la sistematización de la práctica profesional del trabajador social en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil (U.C.E. P.I) de Aragón, localizada en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

La apertura de un nuevo dispositivo donde se incorpora la figura del trabajador social nos permite identificar su rol profesional en la citada unidad, un rol basado en la especialización profesional en el campo de la salud mental.

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal y como recoge la definición elaborada en 2013 por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores sociales, económicos, culturales, políticos, ambientales, etc, estando de este modo vinculada a las condiciones de vida de las personas, sus posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural.

Por tanto, el enfoque de la salud mental va más allá de la enfermedad mental y su tratamiento clínico. El equipo de salud mental, formado por profesionales de distintas disciplinas (trabajador social, psiquiatra, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional...), trabaja sobre estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Para comprender el sentido de la comunicación debemos contextualizarla de un modo preciso.

La trabajadora social incorporada en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infantil decide iniciar una investigación para identificar el rol profesional desempeñado por el profesional de Trabajo Social, así como identificar de forma precisa la carga de trabajo, ya que si bien la Unidad cuenta únicamente con seis camas, la complejidad de los casos ingresados requiere de la intervención del trabajador social con gran intensidad.

La trabajadora social en el mencionado dispositivo ha ido realizado una recogida de datos con una plantilla diseñada previamente (datos recogidos en el apartado de Resultados), sobre cuál es y en qué consiste su rol profesional a la hora de intervenir sobre esta realidad social en la que no solo se ha de tener en cuenta al menor con alguna patología mental por la que ha precisado un ingreso hospitalario, sino también a su familia y todos los factores de tipo psicosocial que están influyendo en este contexto. La recogida de datos de la experiencia profesional del trabajador social de la U.C.E.I.P. se ha llevado a cabo durante un año.

En muchas ocasiones el trastorno mental en el menor de edad es causa y/o consecuencias de otra serie de problemáticas a nivel social, familiar, laboral, económico... siendo, en estos casos, fundamental la actuación de un trabajador social psiquiátrico que aborde el plano psicosocial de la enfermedad mental. Y en otras muchas ocasiones, el motivo del ingreso es una situación de crisis o desajuste que tiene que ver con la adversidad psicosocial.

Contextualización de la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

La Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infanto-Juvenil se abrió el 2 de mayo de 2013 en la octava planta del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza, contando con un total de 6 camas. Este dispositivo tiene responsabilidades suprasectoriales, al atender a pacientes de toda la Comunidad Autónoma menores de 18 años que requieran un ingreso psiquiátrico agudo o programado (SALUD, 2011, pág. 2).

Desde 1999, la Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clínico ya hacía uso de otras camas del hospital para poder realizar ingresos psiquiátricos a los menores de nuestra Comunidad. Concretamente, contaba con cuatro camas reservadas en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría de Adultos, y otras cuatro camas

reservadas en el Servicio de Escolares de Pediatría, del que forma parte la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital (UTCA).

Este programa de atención psiquiátrica da la posibilidad de hospitalizar a aquellos niños o adolescentes que padecen patologías psiquiátricas graves que no ha sido posible manejar en forma ambulatoria, para los que padecen psicopatología que conlleva riesgo vital para el niño o adolescente o para las personas que lo rodean, y también para aquellos casos cuyo diagnóstico psiquiátrico necesita ser reevaluado (SALUD, Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2011, pág. 6).

La indicación de hospitalización debe hacerse desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de referencia del menor, a la que tras el alta hospitalaria será nuevamente remitido para asegurar una continuidad asistencial, o bien realizarse desde el Servicio de Urgencias Hospitalarias correspondiente al área de Salud del paciente.

La hospitalización psiquiátrica del menor deberá contar siempre con un informe clínico de derivación y realizarse tras contactar con la Unidad de Corta Estancia del Hospital, la cual aceptará o no el caso tras realizar una valoración previa del ingreso.

Esta valoración profesional atiende a una serie de criterios, los cuales ya aparecían recogidos en 1989 por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AACAP). Estos criterios de ingreso son los siguientes (SALUD, Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2011, págs. 5-6):

- El trastorno psiquiátrico es de tal gravedad que altera el funcionamiento diario de al menos dos áreas importantes de la vida del niño: ambiente escolar, interacción social y relación familiar.
- El tratamiento hospitalario es el adecuado para esos problemas y probablemente beneficioso para el paciente.
- Previamente se deben considerar otros tratamientos menos restrictivos que han debido ser probados sin éxito o no ser apropiados.

Siguiendo estos criterios, las patologías más comunes susceptibles de un ingreso psiquiátrico son: trastorno de adaptación con alteración de emociones y conducta,

episodio psicótico con consumo de tóxicos, trastorno de la conducta alimentaria grave con comorbilidad, trastorno de la conducta disocial con agresividad explosiva intermitente, esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, y conducta suicida.

Por otro lado, los objetivos que persigue la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza son los siguientes:

- a) Tratamiento intensivo en un medio hospitalario de la patología mental de 0 a 17 años, que no pueda ser realizado en otro dispositivo terapéutico.
- b) Reintegración del niño y/o adolescente lo más rápidamente posible a su medio habitual.
- c) Restablecimiento de las condiciones necesarias para continuar el tratamiento en régimen ambulatorio o de hospitalización parcial.
- d) Realización de aquellas actividades de observación, diagnóstico, tratamiento, cuidados y relacionadas con la práctica de la Psiquiatría y la Psicología Clínica que por su especificidad, complejidad o nivel de riesgo deban llevarse a cabo en un medio hospitalario.
- e) Ser un eslabón en la cadena de continuidad de cuidados en la asistencia a la salud mental infanto-juvenil de la Comunidad de Aragón.
- f) Coordinación con instituciones sociales, educativas y sanitarias extra-hospitalarias.
- g) Información y apoyo a familiares y representantes legales de los menores con trastornos mentales.
- h) Otras: investigación, docencia, formación continuada.

Para la consecución de los mismos de un modo eficaz y eficiente las intervenciones profesionales se abordan desde un trabajo en equipo interdisciplinar. Este equipo interdisciplinar se constituye por los mismos profesionales que en el resto de unidades de hospitalización psiquiátricas con la peculiaridad de que todos ellos cuentan con la especialización y la especificidad en las actuaciones hacia la población de niños y adolescentes.

De este modo, la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza cuenta con los siguientes profesionales:

- Psiquiatra
- Psicólogo clínico
- Enfermeros
- Auxiliares de enfermería

- Celadores
- Profesor de Enseñanza Reglada
- Trabajador social (a tiempo parcial)

Cabe destacar respecto a la figura del trabajador social que este fue incorporado al equipo de profesionales desde el momento en que se abrió el dispositivo, lo que denota la importancia de su rol profesional en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Los objetivos de esta comunicación son los siguientes:

1. Describir el rol profesional del trabajador social psiquiátrico en el ámbito de la Salud Mental Infanto-Juvenil y de forma específica en una Unidad de Corta Estancia.
2. Destacar la interdisciplinariedad desde una perspectiva biopsicosocial en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
3. Definir el trabajo en red profesional que lleva a cabo el trabajador social psiquiátrico como uno de los ejes principales de la atención terapéutica.

Para poder alcanzar dichos objetivos se ha realizado un estudio de un año de duración abarcando los meses de abril de 2016 a marzo de 2017 (ambos meses inclusive). En este periodo de tiempo se ha llevado a cabo una recogida de datos sobre cuál ha sido la intervención del trabajador social en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil y sus funciones específicas, llegando así a perfilar su rol profesional en este nuevo dispositivo.

La población o universo objeto de esta sistematización de la práctica profesional comprende aquellos pacientes menores de edad que han requerido uno o más ingresos psiquiátricos en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y han precisado de la intervención por parte de Trabajo Social.

Concretamente, el tamaño de la muestra no se ha prefijado en un número determinado de sujetos, sino que se han seleccionado todos aquellos pacientes que fueron ingresados en la Unidad en los meses mencionados y que requirieron la intervención de Trabajo Social. De este modo, el número total que ha conformado la muestra acorde con este criterio han sido 71 ingresos en total.

DESARROLLO DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Introducción

El Trabajo Social en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil se caracteriza fundamentalmente por formar parte del trabajo en equipo interdisciplinar y por la naturaleza de los problemas que se plantean, concebidos desde un plano biopsicosocial. Ello hace que se consulte y se requiera la intervención del trabajador social con más frecuencia que en otras áreas del hospital, dada la complejidad y el enfoque psicosocial de las actuaciones terapéuticas.

De este modo, el objetivo principal de su intervención profesional se basa en promover, restaurar o mantener el equilibrio dinámico entre el individuo y el medio ambiente en el contexto del desarrollo de un trastorno psiquiátrico.

Estas dos ideas principales, la interdisciplinariedad y la conexión entre la enfermedad y los factores psicosociales del individuo, son imprescindibles para definir cuál es el rol del trabajador social psiquiátrico en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil.

Conexión entre la enfermedad y los factores psicosociales

La figura del trabajador social en el ámbito de la salud se perfila como el experto en identificar las conexiones entre la enfermedad a nivel biológico y los problemas a nivel social y psicosocial, interviniendo tanto con el individuo y su familia como con su medio.

En este proceso de intervención terapéutica el trabajador social analiza los factores psicosociales y ambientales que influyen en el contexto del sujeto, utilizando los recursos de la comunidad, según sea necesario.

Los problemas familiares y la intervención psicosocial con los padres, la familia y el entorno social son los campos específicos de la intervención de los trabajadores sociales en psiquiatría infantil.

Este tipo de intervención psicosocial en los hospitales y concretamente en una Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infanto-Juvenil requiere de una formación específica y especializada en salud mental y en clínica, debiendo contar con, además de los conocimientos, actitudes y habilidades propias de su profesión,

del conocimiento de los factores psicosociales que interactúan con factores de salud o enfermedad.

Por otro lado, en relación a la intervención del trabajador social en el campo específico de la Salud Mental podemos hacer referencia directa al modelo sistémico.

El modelo sistémico, sin excluir otros modelos de intervención en Trabajo Social, es sin duda el más común entre los trabajadores sociales en el campo de la psiquiatría infantil, ya que permite una percepción global (holística) y la intervención en red, que permite a su vez integrar la intervención terapéutica durante el ingreso y la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.

Interdisciplinariedad

El ámbito de la salud mental es un campo de intervención interdisciplinar, por tanto, es un lugar donde concurren diferentes profesionales, diferentes modelos teóricos, diversas formas de mirar una realidad, diferentes instituciones e incluso diferentes ideologías políticas y sociales acerca de cómo ha de ser la atención. Si algo caracteriza el funcionamiento de la salud mental es su intervención en equipo; se ha de ofrecer integración, coherencia y articulación, ya que, de lo contrario, son imposibles actuaciones eficaces y de calidad (Garcés, 2015, pág. 89).

El trabajador social en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil interviene dentro de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental aportando su visión psicosocial en la atención integral a los problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.

De forma específica, las funciones profesionales del trabajador social psiquiátrico dentro de estos equipos, llevadas a cabo bajo criterios de eficacia y eficiencia, apoyan y complementan a las acciones médico-sanitarias a través de programas integrados cuyo objetivo es ayudar a los pacientes y a sus familias a alcanzar un máximo desarrollo psicosocial y una buena integración en el entorno, interviniendo en las áreas que afectan al proceso de normalización e integración social.

En conclusión, la interdisciplinariedad es necesaria para trabajar en los diversos grupos sociales y las familias puesto que desde el objeto disciplinar de cada profesión, aportarán en consenso una corresponsabilidad pertinente para la gestión del cuidado de la vida (Sánchez-Sanabria, 2015, pág. 286).

Nuestro rol profesional en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil

El Trabajo Social en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil se caracteriza por tres elementos comunes:

1. Población Infanto-Juvenil con algún trastorno psiquiátrico y su familia

La población a la que atiende el trabajador social en este tipo de dispositivos engloba a niños y adolescentes con problemas de salud mental graves y/o complejos, que no pueden abordarse en un dispositivo comunitario (Jiménez Pascual, 2004).

Las unidades de hospitalización psiquiátrica en población infanto-juvenil se establecen como recurso asistencial básico de tratamiento, ante la dificultad personal para el control de los síntomas de la enfermedad mental en su fase más aguda (SALUD, Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2011, pág. 1).

Por otro lado, al atender a niños y adolescentes, de manera directa se interviene de forma conjunta y por separado con sus familias y entorno más cercano, realizando una evaluación social y diagnóstico psicosocial de la familia e interviniendo conforme al mismo sobre los factores sociales que condicionan la salud individual y familiar.

2. Situación de crisis e ingreso hospitalario en una Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Los niños y adolescentes con alguna patología mental, en su fase más aguda y ante una situación grave de crisis, pueden requerir la hospitalización en este tipo de dispositivos.

La Hospitalización permite que estos niños y adolescentes pasen un tiempo en un entorno supervisado y estructurado, en el que es posible evaluar e intervenir sin interferencias del ambiente. De esta forma se previenen las repercusiones negativas que tiene el trastorno mental grave en la vida personal, familiar y social de estos niños y adolescentes. Además se evita una cronificación o deterioro (como en el caso de patologías como las psicosis de inicio temprano) (Javaloyes, Escamilla, Gamazo, & Fuentes, 2010). En el ámbito jurídico e institucional existen diferentes

problemáticas psíquicas en niños y adolescentes que requieren un internamiento en dispositivos distintos y específicos, lo que está regulado por la Ley de Protección Jurídica del Menor y La Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 (artículo 753 de la ley 1/2000).

La ley Orgánica 1 /1996 de Protección jurídica del menor, de modificación parcial de código civil y de la ley de enjuiciamiento criminal aclara ya de forma meridiana la hospitalización psiquiátrica de menores: “El internamiento de menores se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”. La hospitalización se procurará que sea lo más breve posible y se realizará en unidades adecuadas a esta edad”. En Aragón la Ley 12-2001 de la Infancia y la Adolescencia refuerza aún más la citada ley Orgánica y asegura la protección de derechos de este colectivo (SALUD, Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2011, págs. 2-3).

3. Planificación del alta desde el momento del ingreso con miras a una continuidad en la asistencia terapéutica

El objetivo que persigue una Unidad de Corta Estancia se basa en el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización total a tiempo completo (día y noche) y durante un periodo aproximado de una a tres semanas (excepción hecha de los TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria) cuya estancia media suele ser más prolongada) (SALUD, Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 2011, pág. 7).

En el ingreso hospitalario, al ser un periodo de tiempo limitado, el trabajador social cumple un papel muy importante a la hora de intervenir con los menores y sus familias. Es el responsable de la coordinación con los diferentes dispositivos sociales y sanitarios externos al hospital.

Desde el momento del ingreso y conforme al diagnóstico psicosocial realizado por el trabajador social se inicia un trabajo en red profesional para garantizar una continuidad asistencial no solo desde el plano médico, sino también desde el plano social para facilitar los cambios necesarios en el individuo y la

familia con el fin de conseguir una estabilidad tras el alta hospitalaria.

Estos tres elementos son comunes en todos los casos sobre los que interviene el trabajador social psiquiátrico en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil.

Su objetivo general es identificar, atender y elaborar una comprensión global de la problemática social del paciente y de su familia tratando de favorecer el bienestar y autonomía del niño-adolescente mediante la integración en su medio social. Respecto a esta idea, es importante señalar que como trabajadores sociales debemos reconocer las dificultades de las personas y las familias, pero también el potencial del individuo y su entorno (urbano o rural).

Para alcanzar esta meta, las actuaciones deben estar orientadas a informar, asesorar y orientar al usuario y a su familia sobre los recursos socio-sanitarios y redes de apoyo existentes y debe llevar a cabo actividades dirigidas a la prevención y promoción, asistencia terapéutica, rehabilitación psicosocial y reinserción desde una dimensión social y comunitaria.

Todo ello se organiza en un proceso de intervención terapéutico en el que el trabajador social psiquiátrico actúa conforme a una serie de pasos. El primer paso del proceso de intervención consiste en llevar a cabo una evaluación psicosocial del menor ingresado y su entorno. En base a esta evaluación, el trabajador social ha de organizar la intervención psicosocial que plasmará finalmente en un informe de la intervención.

A continuación, se definen y desarrollan cada uno de los pasos que conforman el proceso de intervención del trabajador social psiquiátrico en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil.

Evaluación Psicosocial

El trabajador social se distingue por el análisis contextual que hace de la situación social de la persona y que se refleja en su evaluación. El trabajador social evalúa el funcionamiento social desde una perspectiva de interacción entre el paciente (aspectos físicos, psicológicos y sociales) y su medio familiar y social, es decir, su entorno inmediato y social, integrando una reflexión crítica de los aspectos sociales que influyen en las situaciones y los problemas.

Esta evaluación psicosocial refleja la dimensión

de la situación-problema, las necesidades sociales y las dificultades que pueda presentar en relación a las variables estudiadas, y también las fortalezas o puntos fuertes en los que poder apuntalar la intervención.

Como puede verse, el sello distintivo de un trabajador social en esta Unidad es la evaluación del funcionamiento social de una persona con el fin de apoyar su recuperación, teniendo en cuenta su entorno. En general, el trabajador social combina las entrevistas individuales, con las entrevistas con padres y familiares.

En la evaluación social que realiza el trabajador social tiene en cuenta diferentes dimensiones y elementos, los cuales se describen a continuación:

Dimensión 1: Demanda y contexto de intervención

- Identificación del cliente: sexo, edad, escolaridad, estado civil, cultura, práctica religiosa o espiritual, estado migratorio, lengua hablada, ocupación, ingresos, contexto, responsabilidades parentales, familiares y sociales.
- Demanda de servicios: Contexto y trayectoria de la demanda.
- Fuentes de información: periodo cubierto por las informaciones, personas contactadas/entrevistadas, documentos consultados.
- Situación actual: problemas, afectado, origen, cómo afecta, estrategias de la persona, resultados, expectativas.
- Necesidades de la persona.

Dimensión 2: Características de la persona

- Elementos pertinentes de la Historia Social y su influencia en la situación actual.
- Fortalezas: cualidades, capacidades/habilidades, aspiraciones/intereses.
- Trastorno mental, cuadro neuropsicológico, situación psíquica: manifestaciones y diagnóstico (especificar la fuente: nombre del médico, año en el diagnóstico se realizó para la persona o familia), historia clínica, vivencia del diagnóstico en la persona, historia de hospitalizaciones.
- Hábitos de vida (sueño, apetito, ejercicio físico, consumo de alcohol/drogas u otras dependencias).
- Identidad sociocultural, origen social, práctica religiosa o espiritual, cultura de pertenencia, creencias y valores culturales.
- Trayectoria de inmigración, si se da el caso las condiciones de salida y las circunstancias que

tuvo la persona al abandonar el país de origen y las dificultades que encontró, las circunstancias de llegada en el país de acogida, pérdida de red de apoyo social, obstáculos en el empleo y educación, expresión de la angustia, experiencias pre y post-migratorias y la utilización de servicios, estrategias para disminuir las manifestaciones, grado de identificación de la persona, grupo de pertenencia.

Dimensión 3: Características del entorno

Entorno inmediato: red de la persona, calidad de los lazos, evaluación de la necesidad de apoyo, condiciones de vida, situación económica, características del barrio, recursos formales y accesibilidad, percepción.

Entorno social: valores, normas de una sociedad y de la comunidad de pertenencia de la persona y su percepción del trastorno mental o del cuadro psicopatológico, políticas sociales y económicas.

Intervención Psicosocial

La intervención psicosocial del trabajador social psiquiátrico en una Unidad de Corta Estancia se inicia durante la hospitalización, requiriendo un seguimiento a medio/largo plazo de los pacientes.

En el Plan Estratégico de Salud Mental Infanto-Juvenil elaborado por la Comunidad Autónoma de Aragón en 2003, ya venían definidas cuáles son ser las funciones específicas del trabajador social psiquiátrico en un equipo interprofesional de Salud Mental Infanto-Juvenil, siendo detalladas a continuación (Servicio Aragonés de Salud, 2003, págs. 28-29):

A. Realizar la historia social del paciente, para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.

B. Realizar las visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de la situación socio-familiar del paciente.

C. Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problema y de su calidad de vida.

D. Apoyo, potenciación y fomento del asociacionismo entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.

E. Promover el trabajo en equipo y la coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.

F. Colaborar en el control y seguimiento de aquellos pacientes que requieran una actuación continuada en la utilización de recursos comunitarios.

G. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de atención primaria y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.

H. Colaborar en actividades de formación e investigación establecidas en el centro.

I. Colaborar en la elaboración de estadísticas, memorias, etc.

Los objetivos principales de la intervención del trabajador social se describen de forma detallada en la Memoria Funcional de la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa:

1. Identificar los factores psicosociales y los condicionantes socioeconómicos y culturales influyentes en el proceso de salud-enfermedad del individuo y familia.
2. Valorar y realizar un diagnóstico psicosocial del niño/adolescente.
3. Colaborar con el resto de los profesionales en la detección de factores de riesgo, aportando el análisis de los factores sociales que inciden en el proceso de salud.
4. Atender la problemática social presentada durante el ingreso mediante el estudio y tratamiento de los factores sociales que condicionan la salud individual y familiar.
5. Potenciar los recursos personales del paciente y su familia, fomentando la autorresponsabilidad en la resolución de sus problemas.
6. Ofrecer información y asesoramiento sobre los recursos sanitarios y sociales existentes y su correcto uso, a la vez que facilitar el acceso a los mismos a los pacientes y sus familias.
7. Orientar, apoyar, asesorar y realizar un acompañamiento social al paciente y a su familia.
8. Coordinarse con los distintos servicios y niveles asistenciales sanitarios, escolares y sociales.

Una vez definidas cuales son las funciones y los objetivos de la intervención psicosocial del trabajador social en una Unidad de Corta Estancia me gustaría resaltar la importancia del Trabajo en Red Profesional, el cual se nombra a lo largo de la comunicación por su destacable papel en relación a nuestro rol profesional en este tipo de dispositivos.

En cuanto a este rol que desempeña, en el equipo de atención a la salud mental al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y de lo vinculado a las organizaciones/entidades y servicios sociales. Los trabajadores sociales, son los que mejores preparados están para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias (Guimón, 2002). Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados (Garcés E., 2007, págs. 314-315).

Estos servicios del entorno del niño/adolescente conforman lo que conocemos por sistema de atención comunitaria, que está orientado a facilitar las intervenciones en el ámbito de la salud mental

Tabla 1.- Dispositivos y programas implicados en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves (López Álvarez M, 2015)

Sanitarios	No Sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> • Atención Primaria • Atención Especializada general • Servicios de Atención a Drogodependencias • Centros/Equipos de Salud Mental Comunitaria • Unidades de Hospitalización <ul style="list-style-type: none"> ◦ Unidades de Corta Estancia ◦ Unidades de hospitalización alternativa ◦ Unidades Media-Larga Estancia ◦ Hospitales de Día ◦ Hospitalización Parcial • Unidades de Rehabilitación/ Centros de Día • Dispositivos y Programas específicos: programas de gestión de casos, equipos de tratamiento asertivo comunitario, equipos de intervención precoz 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios de carácter general <ul style="list-style-type: none"> ◦ Servicios sociales comunitarios ◦ Servicios educativos ◦ Servicios de empleo ◦ Servicios culturales ◦ Pensiones y otras subvenciones para personas con dificultades económicas • Servicios específicos apoyo social <ul style="list-style-type: none"> ◦ Red de alojamientos y programas residenciales ◦ Programas de empleo ◦ Programas ocupacionales ◦ Programas educativos ◦ Actividades ocio y tiempo libre ◦ Actividad asociativa ◦ Apoyo en la gestión económica ◦ Mecanismos para la tutela • Servicios de atención en el sistema penitenciario

y conformado por un amplio abanico de servicios y dispositivos que tratan de dar respuesta a las diferentes necesidades que puede presentar este grupo de población.

A continuación, se exponen la tabla 1 todos los dispositivos y programas implicados en la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves, aplicable también al ámbito infanto-juvenil.

Una vez realizado el mapa de todos los recursos que el trabajador social ha de conocer para poder intervenir atendiendo a la importancia de llevar a cabo un seguimiento a medio/largo plazo del paciente podemos pasar a definir qué se entiende por Trabajo en Red Profesional.

Hablar de trabajo en red hoy requiere una explicitación previa del uso que hacemos de los términos (trabajo en red, coordinación, colaboración interorganizacional, integración de servicios...) atendiendo a la proliferación de denominaciones y la confusión respecto a las características de cada una (Ubieto, 2006, pág. 27).

El Trabajo en Red Profesional es, en algunos momentos, el eje del quehacer profesional. Otras veces, puede ser complementario a otras acciones; [...] Se trata de una estructuración del encuentro de profesionales que pretende dar una respuesta integradora en la intervención. En base a este tipo de trabajo en red se articulan las perspectivas y puntos de vista de profesionales de distintos dispositivos con el objetivo de ampliar la visión a partir de los diversos campos de estudio e intervención para así poder incidir mejor en la problemática del niño/adolescente y su entorno (Alegret, Castanys, & Ochoa, 2005).

El trabajo en red deviene así el resultado de un pacto entre profesionales que consienten en un referente tercero, la situación (sujeto, familia) a abordar, que organiza y vectoriza su trabajo alrededor de ese vacío de saber, de un interrogante que los pone a todos a trabajar, causándoles el deseo de colaborar a una invención realista en el tratamiento del malestar (Ubieto, 2006, pág. 28).

En conclusión, se puede decir que el trabajo en red es el trabajo sistemático de colaboración y complementación entre los recursos locales de un ámbito territorial. Es más que la coordinación (intercambio de información), es una articulación comunitaria: colaborar de forma estable y sistemática, por evitar duplicidades, competencia entre recursos, descoordinación y potenciar el trabajo en conjunto (Ballester, Orte, Oliver, & March, 2006).

Informe de la Evaluación

Las tres herramientas fundamentales para el trabajador social psiquiátrico donde recoge su intervención en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil son la historia social, el informe social y el informe de alta hospitalaria.

La historia social es el instrumento más importante que el trabajador social dispone para realizar una recogida sistemática de la información. En ella se recoge, tanto la información inicial e imprescindible para una primera valoración, como otras informaciones complementarias que permiten, en un proceso dinámico, mantener actualizada la información sobre el paciente a lo largo de todo el proceso de tratamiento y facilitar las intervenciones del trabajador social.

El informe social es el dictamen técnico que sirve de instrumento documental al trabajador social y al resto de profesionales de otras disciplinas científicas. Su contenido se deriva del estudio psicosocial, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional.

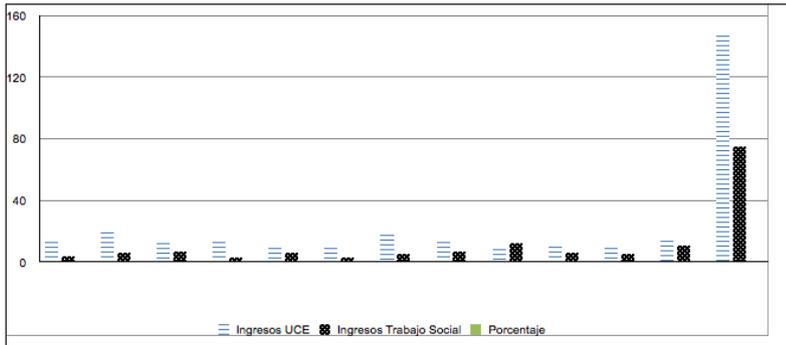
El informe de alta hospitalaria es realizado por el psiquiatra de la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil. En este informe se incluye de forma concreta la intervención realizada por el trabajador social a lo largo del ingreso hospitalario. Además, en él aparece recogida la continuidad asistencial, tanto desde la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia del paciente, como de la intervención con el trabajador social, con el objetivo de mantener un seguimiento del niño/adolescente y su familia.

RESULTADOS

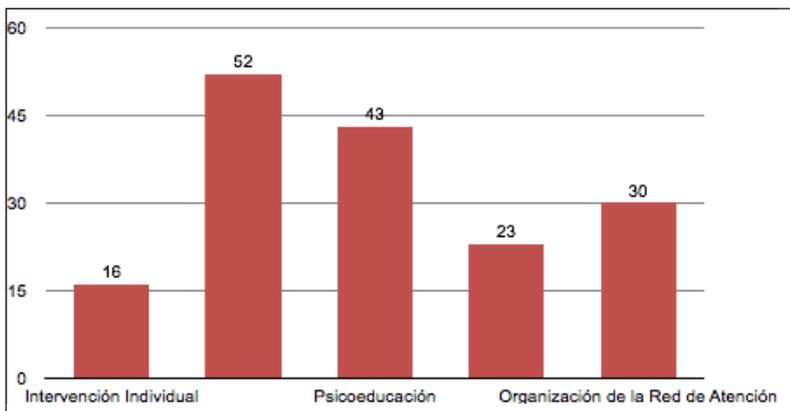
A continuación se muestran los datos obtenidos a lo largo del estudio desde abril 2016 a marzo de 2017, ambos incluidos, que representan la intervención del trabajador social en una Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

A través de este gráfico introductorio puede verse como en términos totales, desde el inicio hasta la finalización de la recogida de datos, un 51% del total de pacientes que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia precisaron de la intervención del trabajador social.

La intervención psicosocial que lleva a cabo la trabajadora social en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza puede diferenciarse en diferentes tipologías



Ingresos totales en la Unidad de Corta Estancia e ingresos que requirieron la intervención por parte de Trabajo Social



Tipo de Intervención Social Específica del Trabajador Social

Procedencia de los Ingresos y su porcentaje

INGRESOS FUERA ÁREA SALUD III	40	56,34%			
INGRESOS ÁREA SALUD III	31	43,66%	PACIENTES ATENDIDOS POR T.S. PREVIO AL INGRESO	11	35,48%
			PACIENTES QUE RE-QUERIRÁN SEGUIMIENTO	20	64,52%
TOTAL	71				

según la finalidad y el objetivo que se pretende alcanzar con las actuaciones profesionales.

El tipo de intervención que más lleva a cabo la trabajadora social a la hora de intervenir con los pacientes que ingresan en la Unidad es la intervención familiar, que representa un 31,7%, frente al 9,75% que representa la

intervención de tipo individual.

Además, podemos ver como en términos generales, a la hora de intervenir con la familia suele hacerse principalmente con el objetivo de llevar a cabo una psicoeducación, lo que representaría un 26,21%.

La Unidad de Corta Estancia atiende a todos los menores a nivel autonómico, por lo que se realiza una diferenciación entre aquellos ingresos que proceden del área de Salud III a la que pertenece la UCE, y entre aquellos que serían considerados “fuera de área”.

En total, hubo 71 ingresos en los meses en los que se realizó la recogida de datos, de abril 2016 a marzo 2017. De todos ellos, el 56% del total procedían de fuera del área III de Salud a la que pertenece la Unidad de Corta Estancia.

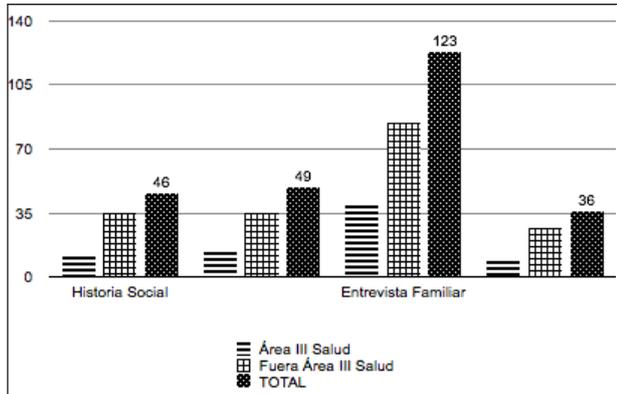
Respecto a los pacientes del área III de Salud, éstos representaron un 44% del total, siendo en su mayoría (65%) pacientes que requerirán seguimiento desde Trabajo Social a nivel ambulatorio, frente al 35% de pacientes que ya habían sido atendidos a nivel ambulatorio por la trabajadora social de forma previa al ingreso hospitalario.

La intervención que lleva a cabo la trabajadora social con los pacientes y sus familias en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil puede dividirse en diferentes tipos, entre los que destaca la entrevista familiar con un 48,61% frente al 19,36% que representa la entrevista individual.

En cuanto a este gráfico, resulta importante señalar que la realización de la historia social representa un 18% del total de actuaciones de atención directa con el paciente y su familia y no 100%, es decir, no se realiza en todos los ingresos. Para poder entender este dato, debemos tener en cuenta

que en ocasiones, la historia social está ya realizada con anterioridad al ingreso por tratarse de un paciente en seguimiento por Trabajo Social de forma previa, o porque en ocasiones, en alguno de los casos la intervención por parte de Trabajo Social sólo ha consistido en realizar

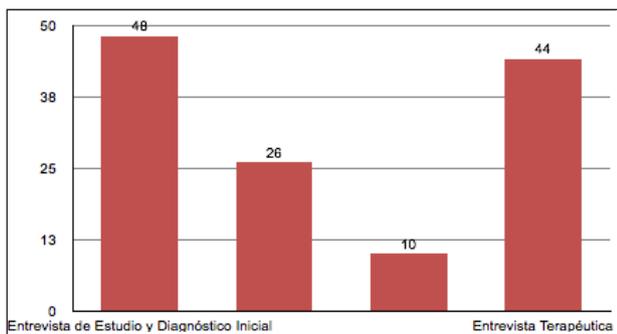
Tipos de Intervenciones Sociales Directas del Trabajador Social junto al paciente y/o su familia



algún trámite o gestión legal o administrativo, por lo que no ha sido necesario elaborarla.

En relación con el anterior gráfico en el que podía observarse como la gran parte de las intervenciones

Tipo de Entrevista aplicada desde el Trabajo Social Psiquiátrico

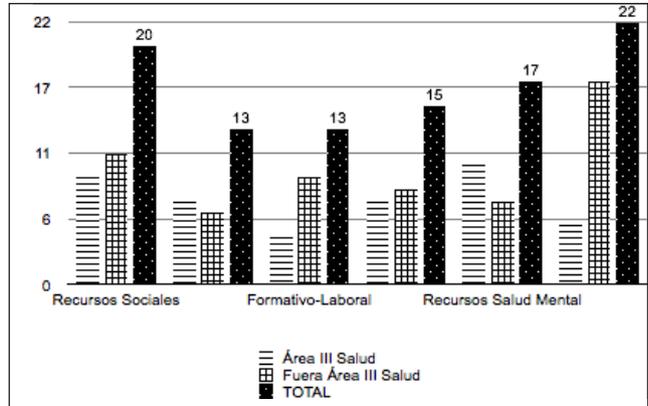


sociales de tipo directo con el paciente y su familia son las entrevistas, diferenciando las individuales (19,36%) de las familiares (48,81%), nos encontramos con los distintos tipos de entrevista aplicada desde el Trabajo Social Psiquiátrico que se han llevado a cabo en la Unidad de Corta Estancia.

De este modo, la entrevista de estudio y diagnóstico inicial es la que más se ha repetido a lo largo de los meses del estudio, representando un 37,5% del total de entrevistas, seguida de la entrevista terapéutica que representa un 34,37% del total.

Una de las intervenciones que conforman la atención

Tipo de Asesoramiento y Orientación a Recursos

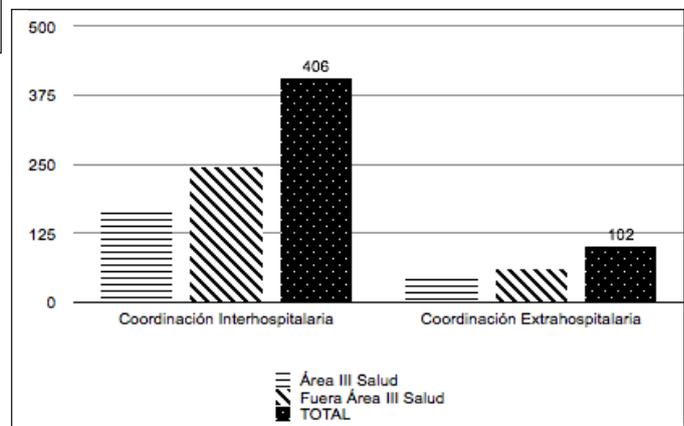


indirecta en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil consiste en el asesoramiento y orientación a recursos a los pacientes ingresados y sus familias.

El gráfico muestra las principales áreas sobre las que la trabajadora social lleva a cabo dicha orientación, además de la propia actuación de derivación a otro tipo de recurso y profesionales.

Dicha derivación es la actuación que más se repite en cuanto a atención indirecta con los pacientes y sus familias, representando un 22% del total. Le sigue la orientación y asesoramiento sobre recursos sociales y sobre recursos especializados en Salud Mental.

Total Intervenciones de tipo Indirecto (coordinación interprofesional) llevadas a cabo por Trabajo Social

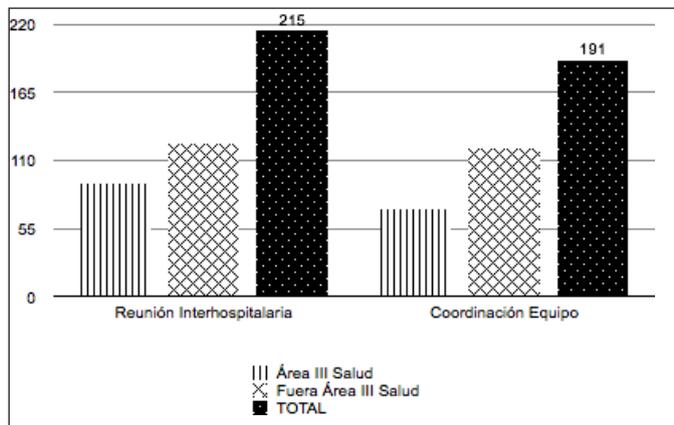


La coordinación interprofesional es una de las actuaciones que la trabajadora social lleva a cabo de forma indirecta en cuanto a su intervención con los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia y sus familias.

Dicha coordinación interprofesional se divide en dos grandes grupos, por un lado, la coordinación de tipo interhospitalaria, es decir, aquella que agrupa las coordinaciones entre los profesionales del propio Hospital y del equipo interdisciplinar de la Unidad, y por otro lado, la coordinación de tipo extrahospitalaria, la cual agrupa aquellas coordinaciones con los recursos y profesionales que se encuentran fuera del Hospital, es decir, otras entidades, fundaciones, asociaciones, etc.

Específicamente, la coordinación interhospitalaria es la que más se repite, representando un 78,98% del total, frente al 19,84% que supone la coordinación extrahospitalaria respecto del total.

Total Intervenciones de tipo Indirecto (coordinación interprofesional) llevadas a cabo por Trabajo Social



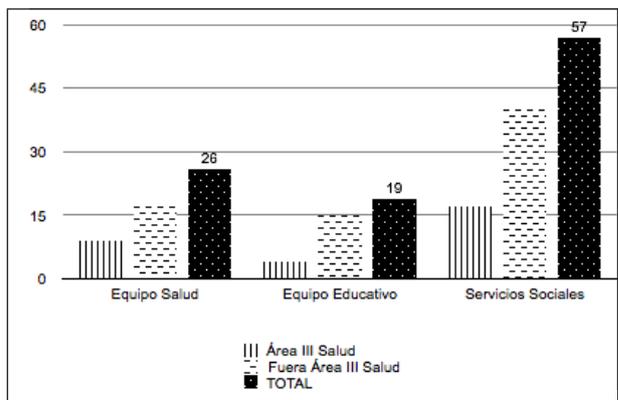
En relación con el anterior gráfico, éste representa de forma específica cada una de las actuaciones que se engloban dentro de la coordinación de tipo interhospitalaria.

Este tipo de coordinación interna se divide, por un lado, en la reuniones interhospitalarias que se celebran cada semana en la Unidad de Corta Estancia y en la que participan los profesionales que conforman en el equipo interdisciplinar (psiquiatra, psicólogo clínico, trabajadora social, enfermeros...), y por otro lado, en la propia

coordinación del equipo a través de correos electrónicos, llamadas telefónicas...

De este modo, las reuniones interhospitalarias semanales representan un 52,95% del total, y las coordinaciones internas del equipo representan un 47,04%.

Tipo de Coordinación Extrahospitalaria llevadas a cabo por Trabajador Social



En relación con los dos últimos gráficos, éste representa de forma específica las áreas y recursos principales con los que la trabajadora social lleva a cabo una coordinación extrahospitalaria en su intervención en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil.

Los tres equipos profesionales de diferentes entidades, recursos, asociaciones, etc. con los que la trabajadora social lleva a cabo una coordinación externa son los equipos de servicios sociales (coordinadores, trabajadores sociales, educadores sociales, etc.) que representa un 52,77%, los equipos de salud que representan un 24,07%, y los equipos educativos que representan un 17,59%.

CONCLUSIONES

La especificidad de la práctica de los trabajadores sociales en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil se caracteriza por los siguientes aspectos:

1. La intervención psicosocial con los padres, la familia y el entorno social debido a problemas familiares y sociales.
2. El diseño de la intervención (visión global, la participación de la familia y el entorno social).

3. La preponderancia de la función clínica entre diferentes actividades profesionales (que favorecen enfoques sistémicos).
4. El contexto interdisciplinario.
5. El trabajo en red profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alegret, J., Castanys, E., & Ochoa, S. (2005). El trabajo en red profesional en salud mental infantojuvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25 (95): 49-68.
2. Ballester, L., Orte, C., Oliver, J., & March, M. (2006). Metodología para el trabajo socioeducativo en red. IV Congreso Estatal Del/a Educador/a Social.
3. Brissette, Sylvie, & Nareau, J.-P. (2001). *Modèle D'Intervention des travailleurs sociaux en pédopsychiatrie de la montètgèie*. Canadá: Hopital Cahrles LeMoynè.
4. De Pedro Herrera, M. (2017). Una mirada persona-entorno. En A. Ituarte, *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (págs. 191-207). Valencia: Nau Llibres.
5. Fernández García, T., & Ponce de León Romero, L. (2012). *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
6. Garcés Trullenque, E. (2007). La Especificidad del Trabajador Social en Salud Mental ¿Un Rol Reconocido? *Trabajo Social y Salud* (56), 309-332.
7. Garcés Trullenque, E. M. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M. Miranda Aranda, *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (págs. 83-96). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
8. Javaloyes, M., Escamilla, I., Gamazo, P., & Fuentes, M. (2010). *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
9. Jiménez Pascual, A. (2004). Dispositivos de internamiento terapéutico para patologías mental grave de niños y adolescentes. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 167-186.
10. López Álvarez, M. (2015). Atención comunitaria en salud mental y atención integrada. Andalucía: Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad.
11. Ramón Ubieto, J. (2006). Modelos de trabajo en red. *Educación Social*, 26-39.
12. SALUD. (2003). *Plan Estratégico de Salud Mental Infanto-Juvenil*. Zaragoza: SALUD.
13. SALUD. (2011). *Memoria Funcional Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud.
14. Sánchez-Sanabria M, R.-D. A.-S. (280 - 289). Intersectorialidad, interdisciplinariedad y educación en salud: Cuestión de responsabilidad social universitaria. *Universidad y Salud*, 2(17), 280 - 289.

Romero, Miguel¹, García, Marta¹, Morer, Astrid¹,
Varela, Eva¹, Santamarina, Pilar¹, Vázquez-
Morejón, Antonio², Lázaro, Luisa¹

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica.

Hospital Clinic de Barcelona

²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

*El trastorno conversivo infantil
desde una orientación sistémico-
experiencial: a propósito de un
caso*

RESUMEN

Introducción: El Trastorno por Conversión se caracteriza por la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en la existencia de un estado patológico general. En su inicio o exacerbación se suponen implicados diversos factores psicológicos. No hay claridad respecto al origen del trastorno conversivo. En población infantil la prevalencia de este trastorno oscila entre el 12 y el 21%. Existen escasos estudios sobre el trastorno conversivo en población pediátrica. La orientación sistémica ofrece un marco teórico que permite profundizar en las características y funcionalidad del síntoma en el sistema primario de los menores.

Objetivo: El presente trabajo tiene como objetivo exponer un caso clínico de un niño de 10 años con sintomatología conversiva altamente incapacitante. Nos centraremos en las características de la sintomatología así como en información relativa al contexto familiar. Se expondrán las herramientas terapéuticas puestas en marcha en el plan individualizado del tratamiento del caso.

Método: Estudio de caso único. Varón de 10 años con sintomatología conversiva de más de un año de

evolución, atendido en nuestro servicio de psiquiatría y psicología clínica infantojuvenil del Hospital Clinic de Barcelona.

Resultados: Se expondrá la evolución del caso durante los meses de tratamiento. Se evidencia una mejoría considerable en la sintomatología y en el estado general del paciente.

Conclusiones: La inclusión de la familia como objeto de tratamiento parece ser beneficiosa para la evolución favorable del trastorno conversivo en la infancia. Particularmente, las estrategias que fomenten el procesamiento emocional de la sintomatología y aquellas que intervengan en los límites jerárquicos familiares se han mostrado eficaces en este caso concreto. No es posible generalizar los resultados a otros casos debido a las características de caso único del presente trabajo.

Palabras clave: trastorno conversivo infantil, pseudocrisis, terapia familiar sistémica.

ABSTRACT

Introduction: Conversion disorder is characterized by the presence of symptoms or non-deliberated deficits that affect the voluntary or sensory motor functioning, which

suggests the existence of a general pathological state. In its onset or exacerbation, various psychological factors are assumed to be involved. There is no clarity regarding the origin of the conversion disorder. In children, the prevalence of this disorder ranges between 12 and 21%. There are few studies about the conversion disorder in the pediatric population. The systemic orientation offers a theoretical framework that allows deepening in the characteristics and functionality of the symptom in the children's context.

Objective: The present paper aims to present a clinical case of a 10-year-old male child with severe conversion symptoms. We will focus on the characteristics of the symptomatology and the family context. Therapeutic interventions implemented in the individualized treatment plan of the case will be presented.

Method: Single case study. A 10-year-old male suffering conversion symptomatology across over one year, attended at the Servicio de psiquiatría y psicología clínica infantojuvenil at the Hospital Clinic de Barcelona

Results: The progress of the case during the months of treatment will be exposed. A considerable reduction of the symptomatology and the general state of the patient is evidenced.

Conclusions: The inclusion of the family as the object of treatment seems to be beneficial for the favorable progress of the conversion disorders in childhood. Particularly, the strategies that encourage the emotional processing about the symptomatology and those that intervene in the family hierarchical boundaries have been shown to be effective in this specific case. It is not possible to generalize the results to other cases due to the single case characteristics of the present work.

Keywords: infantile conversion disorder, pseudoseizures, systemic family therapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno conversivo o trastorno de conversión se define como un patrón sintomático caracterizado por síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida o no se

pueden explicar por ella. En la actualidad, y de acuerdo con el sistema de clasificación DSM-5, se clasifican dentro de los Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, denominado como trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales (F44). Requiere de la aparición de uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental. Además, el síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Esta clasificación requiere de la especificación del tipo de síntoma expresado: a) con debilidad o parálisis; b) con movimiento anómalo (p.ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha); c) con síntomas de la deglución; d) con síntoma del habla (p.ej. disfonía, mala articulación); e) con ataques o convulsiones; f) con ataques o convulsiones; g) con anestesia o pérdida sensitiva; h) con síntoma sensitivo especial (p.ej. alteración visual, olfativa o auditiva); i) con síntomas mixtos. Además, es necesario especificar si se trata de un episodio agudo (síntomas presentes durante menos de seis meses) o persistente (síntomas presentes durante seis meses o más), así como si existe un factor de estrés psicológico asociado o sin la existencia del mismo. (DSM-5). En la actualidad el aspecto básico de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en la existencia de un estado patológico general. En su inicio o exacerbación se suponen implicados diversos factores psicológicos. Se denomina conversión porque el paciente convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico (incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal). El primer caso que se describió fue el de Ana O, que fue tratada por Breuer, y fue descrito también por Freud. Se trata de una chica de 20-21 años que se encuentra viviendo en una situación difícil debido a que su padre padece una enfermedad terminal, y no tiene madre, por lo que debe cuidar del padre hasta que éste fallece. En ese estado de agotamiento, comienza a tener alucinaciones de que una serpiente está en la cama del padre, que se sube por ella, siendo incapaz de mover el brazo. Otras veces no puede hablar, otras puede pero no en alemán, solo en

francés. El padre muere y ella sigue con estos signos. En apariencia es un problema neurológico, pero en realidad es pseudoneurológico, pues no se ha encontrado una base neurológica para este problema.

En la población infantojuvenil el trastorno conversivo supone una alta complejidad en la práctica pediátrica debido a la dificultad para comprender una enfermedad que tiene un patrón sintomático alarmante, con una semiología en apariencia muy precisa, que tras estudios clínicos se concluye que no padece, sino que esta semiología se relaciona con un sufrimiento emocional. No hay claridad respecto a la etiología del trastorno conversivo. Los datos actuales muestran que en este diagnóstico subyacen trastornos psiquiátricos comórbidos, que ocasionalmente quedan relegados a segundo plano por las características alarmantes de la conversión. (Duque, Velázquez & Cote, 2015). Se estima que las pseudocrisis (debido a la elevada frecuencia que se da con epilepsia) es elevada, entre el 12 y el 21% de los niños. (Vásquez Rojas R, Silvestre JJ, Escobar Sánchez M. 2010). En población adolescente, se han relacionado factores como la procedencia rural, la pobreza y las elevadas exigencias en el rendimiento académico o deportivo. (Shaw y cols. 2010). En cuanto a la etiología, diversos estudios señalan la relación entre la sintomatología conversiva y la sintomatología ansiosa (Sar, V. y cols. 2004; Nicolson, TR. y cols. 2011). Como una estrategia de afrontamiento ante la amenaza, la ansiedad puede desencadenar la sintomatología conversiva para regular el estado interno y responder al ambiente amenazante. Paralelamente, las teorías neurobiológicas explican los síntomas conversivos como parte de una respuesta emocional con ansiedad ante una posible agresión (Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. 2008). En relación al tratamiento del trastorno conversivo en la población pediátrica, los escasos estudios que hay presentan limitaciones metodológicas por reclutar muestras poco representativas y no exclusivas del trastorno conversivo, por dificultad en cuantificar la efectividad del tratamiento, y en la mayoría de los casos no diferencian entre los diversos tipos de tratamiento y la efectividad de cada uno. En conclusión, los estudios son pocos, no son concluyentes y se basan más en experiencias clínicas que demuestran la necesidad del enfoque multidisciplinario.

El presente trabajo tiene como objetivo la presentación de un caso clínico de un niño de 10 años de edad con sintomatología compatible con un Trastorno de

conversión según criterios de la DSM-5. A lo largo del mismo, se expondrán características personales, sociofamiliares y psicopatológicas que pueden resultar de utilidad para ampliar la información relativa a este trastorno tan poco estudiado en población infantil. Del mismo modo, se detallarán las intervenciones psiquiátricas y psicoterapéuticas puestas en marcha tanto para la evaluación, diagnóstico diferencial como para el tratamiento del caso. Finalmente se expondrá la evolución del caso según los resultados disponibles en la actualidad y unas conclusiones al respecto.

A. Descripción del caso clínico.

Varón de 10 años de edad, derivado a nuestro servicio de Hospital de día de niños y adolescentes en Octubre de 2016 por presentar cuadros de aparente etiología médico-neurológica, sin hallazgos en múltiples exploraciones previas, con sospecha de origen psicógeno. Acude con diagnóstico de vértigos paroxísticos benignos de la infancia que no explica el cuadro sintomático completo.

B. Antecedentes personales

Sin antecedentes de salud mental.

Migrañas intermitentes que ceden con ibuprofeno.

Extrasístoles supraventriculares sin repercusión hemodinámica. En seguimiento por Cardiología controles cada 1-2 años.

Ha realizado de forma privada valoración psicológica para descartar altas capacidades intelectuales. Deportista de élite (sky).

No alergias conocidas. Resto de antecedentes sin interés para el cuadro clínico actual.

Desarrollo psicoevolutivo a término, sin dificultades en la adquisición de los hitos evolutivos. La familia describe sintomatología subsindrómica de ansiedad por separación al inicio de la etapa escolar, sin requerir atención especializada.

C. Antecedentes familiares

El paciente es el menor de una fratria de tres hermanos, tiene un hermano de 18 años y una hermana de 15 años. Convive con sus hermanos y sus padres (54 años y 47 años). Nivel socio-económico elevado. Alta cohesión familiar. Buen soporte afectivo e instrumental sociofamiliar valorados en la historia actual y pasada del desarrollo del paciente.

Destacan en la historia familiar varios episodios asociados a procesos médicos que requieren estudio y atención sanitaria especializada. En particular, en el año 2001 el hermano mayor ingresa en la UCI de Neumología por herpes y bronquiolitis a los dos años de edad, requiriendo otros cuatro años medicación de mantenimiento. En el año 2002, su hermana nace de manera prematura requiriendo tres semanas de incubadora. En el año 2007 nace el paciente identificado. El parto se produjo a término con algunas dificultades en la dilatación, requiriendo oxitocina sin éxito. No hubo lactancia materna por hipergalactorrea. En el año 2011 la hermana sufre varios episodios de mareos y desvanecimientos, siendo diagnosticada de Diabetes Mellitus Tipo I a los 9 años de edad. Es desde entonces insulinodependiente. Refieren una elevada ansiedad familiar reactiva a este diagnóstico, especialmente en la figura paterna. Hablan de una rápida hiperadaptación de la hermana a la enfermedad, ejerciendo mayor control de la misma a lo esperado por la edad. En el año 2014 la figura materna requiere de ingreso hospitalario por neumonía, requiriendo tratamiento con corticoides durante un año, y en 2015 es diagnosticada de hernias cervicales manteniendo problemas musculoesqueléticos desde entonces.

En mayo de 2006 se produce el primer episodio de desmayo del paciente, comenzando recorrido médico asistencial. Se realiza diagnóstico de vértigos paroxístico benigno de la infancia. Tiene episodios con una frecuencia mensual aproximadamente que suelen precipitar nuevas valoraciones médicas. Un año más tarde, en el mes Mayo de 2017 se produce agravamiento de la sintomatología pseudoneurológica del paciente. Se descarta patología somática compatible con los episodios y es derivado a nuestro servicio en Octubre de 2018 por sospecha de etiología psicógena. El clima familiar denota elevada ansiedad manifiesta durante los primeros contactos con ellos.

D. Enfermedad actual

El inicio del proceso actual se produce en el mes de mayo de 2016, cuando comenzaron episodios ocasionales de mareos que se orientaron como vértigo paroxístico benigno de la infancia. Se pautó tratamiento calcioantagonista que fue inicialmente efectivo, aunque ante la persistencia se deriva a Servicio de Psiquiatría Infantil de su hospital de zona, donde se valora

sintomatología ansiosa, tratada farmacológicamente con Quetiapina 25 mg/día. La sintomatología remitió durante una semana manteniéndose más o menos estable durante un período inferior a un año, con aparición esporádica de episodios de desvanecimientos. Se realizaron pruebas cardiológicas, neurológicas para descartar posible patología orgánica con resultados negativos (EEG intercrisis, RMC, ECG, TAC). El paciente presenta extrasístoles supraventriculares sin repercusión hemodinámica y son controladas desde el Servicio de Cardiología.

La familia refiere recidiva en mayo de 2017, con reaparición de clínica de mareos y posterior exacerbación alarmante de la misma, añadiéndose episodios de desmayo, hipotonía y desconexión del medio, de duración variable. Posteriormente a dichas crisis presenta en alguna ocasión sintomatología pseudoalucinatoria con marcada repercusión emocional (ver a las personas que lo rodean como si fuesen árboles, edificios desmoronándose, ver su alrededor como si fuera una playa...). Dicha clínica aumentó de manera progresiva, haciéndose cada vez más frecuente e interfiriendo en su funcionamiento global. De este modo, fue requiriendo cada vez más supervisión por parte de sus padres. Se llevó a cabo ingreso hospitalario a nivel privado, durante el cual se realizaron diversas pruebas complementarias para descartar organicidad: Se descarta vértigo o patología auditiva por servicio de Otorrinolaringología. La audiometría tonal fue normal. Desde el servicio de Oftalmología informan de una exploración normal, salvo hallazgo casual de leve borramiento papilar. El estudio de electrocardiograma fue normal, así como el TAC craneal. La analítica sanguínea completa, con hormonas tiroideas, tampoco presenta alteración alguna.

Descartada la organicidad también por parte de Neurología, se orientó como mareos inespecíficos, y mantuvo el seguimiento por el servicio de Psiquiatría donde orientaron los episodios como de probable origen psicósomático. Recibió nuevamente tratamiento con Quetiapina 25mg escasa mejoría respuesta. Tras este nuevo empeoramiento y por dificultades de contención ambulatoria se vincula el caso a nuestro servicio, decidiendo intentar ingreso en el Hospital de Día donde persisten las crisis conversivas graves en el domicilio, decidiéndose ante dicha situación llevar a cabo ingreso programado en la sala de hospitalización de Psiquiatría Infanto-juvenil. Al ingreso, se pauta Sertralina 75mg (1-

0-0), Lorazepam 1mg (0-0-0-1) si precisa. Posteriormente se procede a alta de la sala de hospitalización y seguimiento desde el Hospital de día.

E. Exploración psicopatológica

Durante las primeras exploraciones, el estado de conciencia del paciente se encuentra generalmente conservado, con pérdida parcial de la misma durante las crisis producidas. Orientado auto y alopsíquicamente, excepto en los minutos postcrisis. Actitud muy colaboradora, normativa, complaciente y seductora; contacto con facultativo y familia infantiloides y regresiva; sintónico y contacto visual adecuado. El discurso es espontáneo, fluido, coherente y estructurado. Capacidades hedónicas y volitivas preservadas. En cuanto al área afectiva, denota un ánimo eutímico, por momentos lábil en reacción a episodios de ansiedad elicitada por las crisis. Niega sintomatología depresiva. No tristeza explicitada, ni tendencia a la irritabilidad. No ideas tanatofílicas. No auto ni heteroagresivo en el momento de la exploración ni destacada por los familiares en relación a la historia pasada. No presenta ideación autolítica. Juicio de la realidad conservado. Destaca clínica conversiva en forma de episodios frecuentes de desvanecimiento pseudonarcótico, con o sin desorientación al despertarse. En ocasiones disnea y cierta desorientación espacial, prosopagnosia y falsas identificaciones. Pseudoalucinaciones visuales de contenido amenazante. Ausencia de sintomatología de la esfera psicótica. Contacto escasamente expansivo durante las crisis, connotaciones histeriformes. Los desvanecimientos se producen siempre en compañía y con previsión de ayuda y movilización del entorno. No obstante, hay que destacar que desde el inicio de estos episodios el menor se encuentra altamente atendido y vigilado por los progenitores por lo que es difícil asociar la compañía a las crisis.

No se produce pérdida completa de la conciencia. Ocasionalmente, informa de amnesia postepisódica. Se pone de manifiesto alta ansiedad de separación de base.

Juicio clínico: DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL SEGÚN DSM-IV-TR.

EJE I. Trastorno de conversión.

Trastorno de ansiedad por separación

EJE II. Sin diagnóstico.

EJE III. Vértigo paroxístico benigno.

EJE IV. Sin diagnóstico.

EJE V. EEAG al ingreso 31-40.

F. Pruebas complementarias

Evaluación médica

Como se ha mencionado anteriormente, quedaron descartadas patologías médicas por parte de otros servicios médicos, que apoyaran el origen orgánico de los síntomas.

Evaluación psicológica

La evaluación del estado emocional y mental del menor se amplió con técnicas de evaluación proyectivas a través del dibujo libre y del Test de la Familia. Se intuye sintomatología subdepresiva latente en relación a posible dificultad en la identificación con la figura paterna, así como posible relación simbiótica con la figura materna.

La evaluación de la comunicación y dinámica familiar se realizó a través de entrevistas programadas con el núcleo familiar. En las primeras sesiones se realiza genograma interactivo con figuras de ajedrez. Se confirman hipótesis previas según los resultados de la entrevista y evaluación proyectiva con el menor. Destaca alta hipocondriasis en figura paterna, con elevada ansiedad ante la firme creencia de la peligrosidad del episodio actual de su hijo menor, así como historia de actitudes similares en relación a la aparición de múltiples enfermedades médicas diagnosticadas en los miembros del sistema familiar. En entrevistas con los padres, destaca historia transgeneracional de muertes súbitas en la familia de origen paterno, intuyéndose un déficit en el procesamiento emocional de dichas experiencias por parte de la figura paterna a los 10 años de edad ante el fallecimiento de su propio padre. Esta edad coincide con el inicio de la sintomatología actual del paciente designado.

En relación a los aspectos estructurales, se pone de manifiesto aglutinamiento familiar, la presencia de límites intrafamiliares intergeneracionales difusos, con tendencia a la sobreimplicación emocional y la invasión de espacios físicos y emocionales. En las primeras entrevistas comunicación centrada en la sintomatología

del paciente y desviación única al síntoma conversivo de todo conflicto familiar. Por otra parte, se evidencia alta cohesión familiar con historia de resolución de conflictos y altos recursos ante los mismos. Relación conyugal conservada y cohesionada, salvo leve complementariedad en relación a la contención del impacto de los síntomas conversivos en la dinámica cotidiana. Fratría conservada, con alto interés mutuo y comunicación fluida y funcional. Límites externos familiares conservados. Alto nivel socio-económico y acceso funcional a los recursos externos.

G. Tratamiento

Se programan sesiones de frecuencia semanal en encuadre individual, alternándose con sesiones conjuntas con los padres. Los objetivos iniciales fueron:

- Dotar de estrategias individuales y familiares para el abordaje de la sintomatología conversiva, minimización del impacto de los síntomas y disminución de la ansiedad reactiva a la situación inicial.
- Romper la desviación única de los conflictos a la sintomatología pseudoneurológica.
- Establecer límites intrafamiliares más claros y reordenamiento de la jerarquía familiar.
- Trabajo en red multiservicios y multidisciplinar para eliminar la medicalización del caso y posible iatrogenia en la evaluación y tratamiento de la sintomatología.

Las técnicas empleadas fueron las siguientes:

- Intervenciones psicoeducativas acerca de la sintomatología conversiva.
- Intervenciones conductuales para el abordaje de la sintomatología ansiosa de temática de separación, con estrategias de exposición con prevención de respuesta. Especialmente utilizadas durante ingreso hospitalario en la unidad de psiquiatría infantil.
- Intervenciones gestálticas con la utilización de dibujos, figuras que representan la situación actual, etc... para favorecer el procesamiento emocional a nivel individual y familiar.
- Esculturas de presente y futuro: indaga a través de técnicas no verbales, la percepción de la dimensión

temporal de la familia, entendida como capacidad de evolución, favoreciendo terapéuticamente su desarrollo. La elaboración de esculturas consiste en asociar a la metáfora espacial, siempre presente en la escultura, la dimensión diacrónica del tiempo.

- Técnicas estructurales de Terapia Familiar Sistémica. Prescripciones directas, ritualizadas y paradójicas.

Tras instauración de psicoterapia individual y familiar y abrupta disminución de la sintomatología conversiva, se procede a retirada progresiva del tratamiento psicofarmacológico. Actualmente el paciente se encuentra sin medicación.

H. Evolución

Actualmente el paciente ha sido dado de alta del Hospital de día, acudiendo de manera ambulatoria a visitas con referentes clínicos y a grupo psicoterapéutico de trabajo vincular con padres y niños del mismo grupo evolutivo que el paciente.

A nivel psicopatológico, se ha producido una notable estabilización de la sintomatología ansiosa y conversiva. Se producen en la actualidad algunos episodios de mareos autorresueltos, sin desvanecimientos ni pérdida de la conciencia. Ausencia actual de clínica pseudoalucinatoria con un mantenimiento de 3 meses de evolución.

A nivel funcional, el menor ha regresado al colegio con normalización progresiva de la adaptación y rendimientos académicos. Conservado a nivel social con grupo de iguales.

En el ámbito familiar, se mantienen visitas familiares con frecuencia mensual, paralelas al trabajo individual y grupal. Acuden todos los miembros de la familia nuclear, beneficiándose de intervenciones estructurales desde el modelo sistémico. La terapia familiar se realiza con diferentes encuadres: con todo el conjunto familiar, con el subsistema parento-conyugal y con el subsistema fraterno. Se mantiene el objetivo de fomentar una comunicación intrafamiliar más funcional y una diferenciación en los roles jerárquicos, evitando la desviación única de los conflictos familiares a la sintomatología conversiva del paciente identificado. En el trabajo terapéutico con la pareja parental, destaca el abordaje de actitudes y creencias favorecedoras de la hipocondriasis, que aparece

más destacadamente en la figura paterna, así como la tendencia a la sobreprotección por parte de ambos. Se favorecen oportunidades de diferenciación y autonomía por parte del menor, observándose una mejora sustancial en el proceso de crecimiento del paciente.

DISCUSIÓN

La escasez de trabajos en relación al tratamiento de los trastornos conversivos en la población infantojuvenil convierte a este tipo de trastornos en verdaderos retos en la práctica clínica. El caso expuesto en el presente trabajo pretende arrojar luz a la intervención de este tipo de trastornos en población pediátrica. Desde el enfoque sistémico, es necesario atender a la funcionalidad del síntoma en el sistema familiar del paciente designado. En este caso, nos encontramos con una familia con características similares a la Familia aglutinada descrita por Salvador Minuchin. Los estudios clásicos de Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1970) ya advertían de problemas en el funcionamiento y la estructura de las familias de los pacientes que sufrían un trastorno psicossomático. Estos trabajos indicaban que las familias de pacientes que sufrían TCA tendían a la aglutinación y a un nivel elevado de cohesión (Minuchin 1978).

El trabajo pionero de Minuchin (1978) y las investigaciones de Onnis (1985) han evidenciado en estas familias la tendencia a evitar tensiones emocionales y explicitación de conflictos. Por lo tanto, el “no verbalizar las emociones” no es una consecuencia de la ausencia de las mismas, sino de un filtrado de las expresiones emocionales, con la finalidad de proteger la unidad y la aparente armonía del sistema familiar. El lenguaje del síntoma entonces, expresado somáticamente por el paciente, no es sólo el lenguaje del cuerpo del paciente sino de la totalidad del cuerpo familiar. Las esculturas en el campo de la terapia familiar fueron introducidas por V. Satir (1972), Duhl y Kantor (1973) y P. Papp (1976), y consisten en proponerle a la familia que represente espacialmente la imagen que posee de sí misma, a través de la disposición espacial de los cuerpos, las fisionomías y posturas, dirección de miradas, cercanías o alejamientos de los miembros, etc. Eventualmente puede completarse con algún comentario de los miembros acerca de lo experimentado.

Las estrategias terapéuticas que incluyan el procesamiento emocional de información conflictiva implícita, no procesada verbalmente, serán, por tanto,

altamente recomendables en la intervención con este tipo de casos. Queremos destacar, igualmente, la necesidad del trabajo en red en este tipo de casos. La aparatosidad y connotaciones dramáticas que se ponen de manifiesto en este tipo de cuadro sintomático ponen en riesgo la orientación médica como única estrategia de exploración e intervención. Por ello, es necesaria una apropiada coordinación con el resto de especialidades médicas para evitar el hospitalismo y efecto de puerta giratoria que amenazan con atrapar a los pacientes y sus familiares. No es inusual el uso de instrumentos de evaluación médicas intrusivas con el objetivo de dar una explicación médica a la sintomatología que aparecen en los trastornos conversivos. En definitiva, la evitación de la iatrogenia supone uno de los primordiales objetivos en la intervención clínica de los trastornos conversivos.

CONCLUSIONES

Es necesario ampliar el estudio de las características específicas de la sintomatología conversiva en la población infantojuvenil. La escasez de bibliografía acerca de la intervención clínica en estos trastornos complica la programación de un plan de tratamiento para el abordaje de estos cuadros psicopatológicos. La programación individualizada de tratamiento es necesaria, apoyada en una profunda exploración y evaluación de las características y funcionalidad de la sintomatología. La inclusión del sistema familiar como parte del tratamiento, en tanto la sintomatología se concibe como un catalizador de los conflictos familiares y promueve la homeostasis relacional, consideramos ser la piedra angular de este tipo de intervenciones. Sin embargo, el presente estudio no permite realizar conclusiones inequívocas respecto al tratamiento realizado así como para establecer una relación causal entre el mismo y la correcta evolución de la sintomatología que presenta el paciente. Estudios más estructurados podrían ser objeto de futuras investigaciones por nuestra parte.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
2. Duque, P. A., Vázquez, R., & Cote, M. (2015). Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 237–242.

3. Nicholson TR, Stone J, Kanaan RA. Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82:1267–73.
4. Sar V, Akyüz G, Kundakç,i T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2271–6.
5. Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. Psychogenic movement disorders in children: a report of 15 cases and a review of the literature. *Movement Disord*. 2008;23:1882–8.
6. Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From the intraphysique to the transpersonal approach*. Londres : Chaucer.
7. Shaw RJ, DeMaso DR. *Textbook of pediatric psychosomatic medicine*. 2010.
8. Vásquez Rojas R, Silvestre JJ, Escobar Sánchez M. Crisis psicógenas no epilépticas en psiquiatría infantil. *MedUNAB*. 2010;9.

S. García Antich, I. Flórez Fernández, T. Jimeno
Beltrán, P. Barahona Aceituno

Institut Balear de Salut Mental de l'infància i
l'adolescència. Hospital Universitari Son Espases. Palma

Correspondencia:

Hospital Universitario Son Espases, servicio de
Psiquiatría Infanto-juvenil, planta -1ª, Carretera de
Valldemossa n 79, 07010 Palma de Mallorca
Correo: sandra.garcia@ssib.es

*Encefalitis y psicosis en la
adolescencia: a propósito de
un caso*

*Encephalitis and psychosis
in adolescence: report of
clinical case*

RESUMEN

La encefalitis por virus herpes simple es una infección del sistema nervioso central y constituye una emergencia médica por su elevada mortalidad y morbilidad, por lo que requiere una detección y tratamiento tempranos. Se presenta un caso de un adolescente de 16 años sin antecedentes somáticos ni psiquiátricos previos que debuta con un cuadro clínico de aparición brusca caracterizado por sintomatología psicótica productiva. Después de una evaluación exhaustiva se aísla el Virus de Herpes Simple tipo 1 (VHS-1) en líquido cefalorraquídeo (LCR), con buena respuesta al tratamiento con Aciclovir. Este caso ilustra la importancia de descartar las causas orgánicas en pacientes con un primer episodio psicótico y establecer un tratamiento precoz, lo cual va a condicionar el curso y el pronóstico de la enfermedad.

Palabras clave: Psicosis, encefalitis, herpes simple, adolescencia

ABSTRACT

Herpes simplex encephalitis is an infection of the central nervous system and is a medical emergency due to its high mortality and morbidity, which requires early detection and treatment. We present a case of a 16-year-old

adolescent with no prior somatic and psychiatric history, who debuted with a sudden onset of clinical symptoms characterized by productive psychotic symptoms. After extensive workup, Herpes simplex virus type 1 (HSV-1) is detected in cerebrospinal fluid (CSF), with good response to Acyclovir treatment. The case illustrates the importance of ruling out the organic causes in patients with a first psychotic episode and establishing early treatment, which is a determining factor in the course and prognosis of the disease.

Keywords: Psychosis, encephalitis, herpes simplex, adolescence

INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades médicas pueden manifestarse inicialmente con síntomas psiquiátricos. Estas enfermedades muy a menudo tienen una causa orgánica conocida que provoca una disfunción fisiológica y para las que muy frecuentemente existe un tratamiento curativo específico.

La evaluación del paciente psiquiátrico, por tanto, debe tener siempre en cuenta la posibilidad de una etiología orgánica de los síntomas, sobre todo cuando la presentación del cuadro sea atípica. En estos casos, una

anamnesis y examen médico exhaustivos es necesario para poder realizar un diagnóstico preciso y precoz y así poder instaurar el tratamiento médico correspondiente, lo que va a condicionar el curso y pronóstico de la enfermedad. Describimos un caso atípico de encefalitis por Virus Herpes Simple tipo 1 que se manifestó inicialmente con sintomatología psicótica y sin los hallazgos bioquímicos clásicos en el líquido cefalorraquídeo.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 16 años que acude a Urgencias derivado desde otro hospital para ingreso por sintomatología psicótica. El paciente reside con sus padres y su hermano menor en Extremadura. Tiene pareja sentimental. Estudia 3º de la ESO con bajo rendimiento académico. Actualmente se encontraba expulsado del instituto de forma temporal por mal comportamiento. Tiene buen apoyo familiar, así como una red social conservada.

Antecedentes personales:

Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin alteraciones referidas. Carece de antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Vacunación completa. No existen antecedentes psiquiátricos personales. En la actualidad no toma ningún tratamiento. Consumo ocasional de sustancias psicoactivas.

Su familia lo describe como extrovertido, amigable, con buen humor, deportista y “contestón”.

Antecedentes familiares:

Tío materno precisó ingreso en Psiquiatría y hermano menor diagnóstico de hipotiroidismo.

Enfermedad actual y evolución:

Cuatro días antes de su llegada a urgencias el paciente inicia de forma brusca un cuadro clínico caracterizado por una alteración en su comportamiento. Empieza a verbalizar a sus padres que tiene miedo de unos chicos de su pueblo que quieren hacerle daño y que desea irse a casa de sus tíos a Mallorca para estar protegido. Refería que se sentía vigilado y pedía que bajasen las persianas de casa. Temía que fueran a matar a sus padres o a su novia. En esta condición hizo viaje en avión encontrándose desorientado al llegar al aeropuerto. Sus tíos evidencian un comportamiento extraño, lo ven desorientado y sin apenas hablar ni comer, se acuesta muy pronto y en la

cama se queda quieto sin responder a las preguntas. Seguidamente empieza a realizar movimientos anormales con los brazos, por lo que los familiares deciden solicitar atención médica y llevarlo al hospital. Los familiares no sospechan de consumo de tóxicos. Niegan episodios similares ni cambios de carácter previos.

En urgencias del hospital desde donde han derivado al paciente ha sido valorado por el equipo de urgencias médicas descartando patología orgánica. En la exploración psicopatológica, el paciente se encuentra consciente, desorientado en espacio y tiempo, poco colaborador, contacto suspicaz, angustiado, tenso a nivel psicomotriz, bradipsíquico, insomne y con ideas delirantes paranoicas de perjuicio (“quieren verme morir sufriendo”).

A su llegada a nuestro hospital el paciente no responde a estímulos verbales pero sí a estímulos dolorosos, destaca mutismo y oposicionismo con una falta de respuesta al entorno, leve inquietud psicomotriz. Se evidencia flacidez muscular, con movimientos dirigidos sin posturas forzadas. No sigue movimiento con la mirada, aunque tiene las pupilas reactivas. Se orienta el caso como Trastorno psicótico a filiar y se procede al ingreso en el servicio de Psiquiatría.

A su llegada en la planta de Psiquiatría presenta dos picos febriles de 38°C y un episodio de vómito, por lo que se solicita valoración urgente por Medicina Interna. La exploración física es normal. En las pruebas complementarias realizadas destaca PCR 0,95 mg/dl (0,0-0,5), tiempo de protrombina 65% (70-120), e INR 1,49 (0,70-1,20). Se decide realizar una punción lumbar, obteniendo un LCR de características hemáticas. Ante la sospecha de hemorragia subaracnoidea se solicita TAC craneal urgente, que resulta normal, por lo que se descarta dicho diagnóstico. En el estudio del LCR se aprecia presencia de hematíes sin objetivarse microorganismos en la tinción gram, por lo que se inicia profilaxis con Aciclovir, Vancomicina, Ampicilina y Ceftriaxona ante la sospecha de encefalitis.

Se realiza electroencefalograma, objetivándose un trazado de base con una lentificación difusa a nivel bilateral anterior, todo ello compatible con encefalopatía y descartándose status no convulsivo. Ante la sospecha de encefalitis, se procede al ingreso en la planta de Enfermedades Infecciosas.

En el estudio del LCR se objetiva PCR positiva para VHS-1, orientándose el caso como encefalitis herpética e iniciándose tratamiento con Aciclovir 600 mg cada

8 horas. Tras ello el paciente se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, destaca leve rigidez de nuca con apertura ocular espontánea y tendencia a la hipertonia muscular.

Presenta clínica con tendencia a la fluctuación, alternando momentos en los que se encuentra más colaborador y reactivo con momentos en que se muestra mutista, perplejo y escasamente reactivo a los estímulos.

A la semana se realiza una punción de lumbar de control con estudio de LCR, donde se objetiva una negativización del VHS-1 y el resto de parámetros dentro de la normalidad. Ante la sintomatología tórpida y fluctuante del paciente, es valorado de nuevo por Neurología para descartar actividad epiléptica subyacente y para valorar necesidad de descartar encefalitis autoinmune/paraneoplásica sin objetivarse alteraciones. Se contempla posibilidad de falso positivo de PCR de VHS-1. Se realiza EEG de control, que resulta anodino.

Tras un mes de ingreso hospitalario en la exploración psicopatológica no se evidencia sintomatología psiquiátrica. Destaca enlentecimiento cognitivo, con aumento del tiempo de latencia de respuesta y disminución de la atención, desorientación temporal y espacial, con fallos de memoria reciente y remota. No se aprecia clínica afectiva ni psicótica.

Finalmente el paciente es dado de alta con el diagnóstico de Encefalitis de etiología desconocida. Se aconseja seguimiento por parte de Medicina Interna y no se pauta ningún tratamiento.

Diez meses más tarde se contacta telefónicamente con el padre del paciente quien informa que su hijo se encuentra muy bien, está estudiando con buen rendimiento académico, mantiene actividades rutinarias y funcionalidad de forma adecuada. Niega aparición de nuevos episodios similares al del año pasado, sin nuevas alteraciones conductuales. Realiza seguimiento regular por Neurología y no toma medicación.

Pruebas complementarias

- Hemograma y bioquímica sin alteraciones. TSH, niveles de cobre, selenio y zinc sin alteraciones. PCR 0,95 ml/dL. CK 308 U/L. INR 1,49. Tiempo de protrombina 56%.
- Tóxicos en sangre y orina negativo.
- Electrocardiograma sin alteraciones.
- Sedimento de orina y urocultivo negativo. Hemocultivo negativo.

- Análisis de LCR: abundantes hematíes. Resto de bioquímica normal. Tinción gram negativa. Cultivo negativo. Baciloscopia negativa. PCR VHS-1 positivo. Resto de virus negativo.
- Inmunoquímica: Capacidad hemolítica complemento 50 normal, inmunoglobulina A normal.
- Autoinmunidad: anticuerpos antinucleares y factor reumatoide negativos. Anticuerpos anti-peroxidasa tiroidal (TPO) negativo. IgA anti-transglutaminasa (celiaquía) negativo. Anticuerpos antineuronales de superficie (LCR) negativo. Anticuerpos antineuronales de superficie (serum) negativo.
- Serologías: VIH, VHB, VHC, VHA, HHV-6, pallidum (lúes), taenia solium (cisticercosis), T. cruzi (chagas), C. burnetti (fiebre Q), R. conorii (fiebre botonosa mediterránea), negativos. Citomegalovirus presencia anticuerpos IgG (IgM negativo), VHS (1+2) presencia anticuerpos IgG (IgM negativo), Virus Epstein-Barr presencia anticuerpos IgG, T., B. burgorferi (Lyme) anticuerpos IgG positivo que se negativizan en un segundo análisis.
- Marcadores tumorales (alfafetoproteína, CA19.9, CA125, CA15.3, enolasa específica neuronal, PSA total, HCG) negativos.
- TAC cerebro sin alteraciones. RMN cerebro sin alteraciones.
- Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. Ecografía testicular normal.
- Electroencefalograma: lentificación difusa bilateral anterior, sin anomalías epileptiformes.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas psiquiátricos de inicio agudo debe incluir una amplia gama de entidades nosológicas de diferentes etiologías, entre las que se incluyen las infecciones virales agudas del sistema nervioso central (SNC), como la encefalitis por virus del herpes simple (VHS).

La encefalitis por VHS es una enfermedad poco común, que afecta a 2 casos por cada 250.000 personas al año. La mayoría son causadas por el VHS-1, siendo el 10% de los casos causados por el VHS-2. Un tercio de los casos ocurre antes de los 20 años de edad.

Esta enfermedad es una emergencia médica que se presenta de forma aguda y que pone en peligro la vida del paciente. Genera un proceso inflamatorio del parénquima cerebral y su diagnóstico es anatomopatológico; en la práctica el diagnóstico se realiza mediante las manifestaciones clínicas de disfunción cerebral y la evidencia de un proceso inflamatorio en las pruebas de laboratorio y de neuroimagen.

En niños mayores y adolescentes las manifestaciones más frecuentes son fiebre, crisis convulsivas, disminución del nivel de consciencia y otra focalidad neurológica. Sin embargo, estos síntomas y signos pueden estar ausentes y la enfermedad puede manifestarse inicialmente únicamente con síntomas psiquiátricos, pudiendo confundirse con un episodio psicótico primario. Entre estos síntomas psiquiátricos se incluyen agitación psicomotora, agresividad, ideas delirantes, alucinaciones visuales y auditivas, catatonía y, en menor medida, ansiedad y depresión.

Ante esta situación, por tanto, es muy importante tener en cuenta una serie de características que nos pueden hacer sospechar que nos encontramos ante un cuadro psiquiátrico de origen orgánico y solicitar, de esta forma, pruebas complementarias para realizar un adecuado abordaje.

Estas características son una presentación brusca de los síntomas psiquiátricos, un cuadro psiquiátrico atípico, ausencia de antecedentes personales y/o familiares de enfermedad mental, historia familiar de trastornos neurodegenerativos o metabólicos hereditarios, disminución o fluctuación nivel de consciencia, disfunción cortical (ej: afasia, apraxia, agnosia visoespacial), disfunción subcortical (ej: discurso o movimiento lentos, ataxia, temblor, corea, disartria, asterixis), alucinaciones visuales, táctiles u olfativas, constantes vitales alteradas, disminución de la atención y concentración, alteraciones de la memoria (sobre todo la reciente), desorientación témporo-espacial, alteraciones pupilares, nistagmus, hallazgos anormales en las pruebas complementarias, y respuesta a psicofármacos disminuida.

En nuestro caso clínico se presenta a un adolescente con inicio brusco de un cuadro clínico caracterizado por alteración conductual e ideación delirante paranoide de perjuicio, que progresivamente evoluciona a un cuadro sistémico en el que aparecen síntomas como fiebre, vómitos, leve rigidez de nuca, hipertonía muscular y tendencia a fluctuación sintomática. En este caso los

signos o síntomas que nos hacen sospechar una posible etiología orgánica del cuadro clínico son un inicio brusco de los síntomas psicóticos, la ausencia de antecedentes psiquiátricos personales, la desorientación en espacio y tiempo, la disminución de la consciencia con tendencia a la somnolencia, la disminución de la atención, la presencia de fiebre, el episodio de vómito, la hipertonía muscular, la rigidez de nuca, y la alteración de las pruebas complementarias (PCR VHS-1, EEG).

A pesar de que en nuestro paciente no se ha objetivado pleocitosis en LCR y los resultados de las pruebas de imagen son anodinas, las características clínicas, la mejoría de los síntomas psicóticos y la negativación de la PCR de VHS-1 tras instaurar tratamiento con aciclovir, nos hacen pensar en la presentación de una encefalitis por VHS-1 atípica que se manifiesta inicialmente con un cuadro psicótico agudo.

CONCLUSIONES

Este caso ilustra la necesidad de realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante un primer episodio psicótico en niños y adolescentes, por lo que es indispensable para los profesionales de salud mental reconocer los signos y síntomas que hagan sospechar organicidad, así como realizar un examen médico sistemático. Una rápida identificación de la etiología del cuadro y de la enfermedad de base va a permitir establecer un diagnóstico y tratamiento precisos con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Magdalena W, Piotr MC, Bartłomiej S. Psychiatric Aspects of Herpes Simplex Encephalitis, Tick-Borne Encephalitis and Herpes Zoster Encephalitis Among Immunocompetent Patients. *Adv Clin Exp Med* 2015; 24: 361–371.
2. Israel S, Felix B. Update on Herpes Virus Infections of the Nervous System. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013; 13: 414.
3. Arciniegas DB, Anderson CA. Viral Encephalitis: Neuropsychiatric and Neurobehavioral Aspects. *Current Psychiatry Reports* 2004; 6: 372–379.
4. Rui-Yun Z, Ming L, Yi-Ming Z, Xiu-Min L, Xiu-Xia C. Research on early diagnosis and impact prognostic factors of herpes simplex encephalitis. *Int J Clin Exp Med* 2016; 9: 4695-4698.

5. Feng W, Chen T, Hu B, Wan J, Liu G. Clinical characteristics, prognosis and genetic susceptibility of herpes simplex encephalitis in children. *Zhonghua Er Ke Za Zhi* 2015; 53: 701-6.
6. Tunkel AR, Glaser CA, Bloch KC, Sejvar JJ, Marra CM, Roos KL et al. The management of encephalitis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 303–327.
7. Kneen R, Michael BD, Menson E, Mehta B, Easton A, Hemingway C et al. Management of suspected viral encephalitis in children—Association of British Neurologists and British Paediatric Allergy Immunology and Infection Group national guidelines. *J Infect* 2012; 64: 449–477.

**Yolanda Sanz López (1) Mireia Barrios Agrafojo (2)
Rafael de Burgos Marín (3)**

¹ Unidad de Salud Mental Comunitaria Sector- Sur,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

² Unidad de Salud Mental Comunitaria Peñarroya –
Pueblonuevo, Área Sanitaria Córdoba – Norte, Hospital
Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba

³ Unidad de Salud Mental Infanto – Juvenil. Hospital
Universitario Reina Sofía, Córdoba

Correspondencia:

Dr. Rafael de Burgos Marín
(rafadbm@gmail.com)

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

*Características psicológicas
en el síndrome de Noonan: a
propósito de un caso*

*Psychological characteristics
of Noonan syndrome: a case
report*

RESUMEN

Se presenta un caso de Síndrome de Noonan (SN). El motivo de consulta es la sospecha de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En el proceso de evaluación, y ante resultados en las pruebas aplicadas que no confirman este diagnóstico, los padres informaron que la paciente padece dicho síndrome. Se discute la importancia de futuras investigaciones que puedan ayudar a identificar un posible fenotipo conductual del síndrome.

Palabras clave: Síndrome de Noonan, fenotipo conductual

ABSTRACT

A case of Noonan Syndrome (NS) is presented. Consulting reason is an Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) suspicion. In the evaluation process and in the face of results in the applied tests, that does not confirm this diagnosis, the parents report that the patient has this syndrome. It is discussed the importance of future research that can help to identify a possible behavioral phenotype of the syndrome.

Keywords: Noonan Syndrome, Behavioral phenotype

INTRODUCCION

El síndrome de Noonan fue descrito por primera vez por Jacqueline Anne Noonan en 1963(1). Se caracteriza por talla baja, cardiopatía, dismorfia facial y alteraciones esqueléticas (2,3). Se estima una incidencia entre 1/1.000-1/2.500 en recién nacidos vivos (4).

Es una enfermedad monogénica de herencia autosómica dominante y expresividad muy variable (5). Junto a sus características principales referidas puede presentar otras anomalías asociadas como la diátesis linfática o hemorrágica, el retraso psicomotor o mental, las alteraciones oculares y la criptorquidia en varones (6).

La mayoría de las investigaciones sobre este Síndrome se centran en sus características físicas. A pesar de esto, existen ciertos datos disponibles de estudios relativos a variables psicológicas.

Puede existir un retraso psicomotor secundario a la hipotonía e hiperextensibilidad articular. Suelen adquirir la deambulación alrededor de los 21 meses. Un 25% presentan dificultades en el aprendizaje y un 15-35% retraso mental que suele ser leve. El coeficiente intelectual (CI) medio para estos pacientes es de 85, pero existe un rango muy amplio. Suelen tener mayor dificultad en el

ámbito verbal, presentando hasta un 72% problemas en la articulación del lenguaje, que responden bien a logopedia. No se han descrito alteraciones conductuales específicas en estos niños, aunque sí una mayor frecuencia de baja autoestima o depresión (23%) (6)

Money and Kalus (7), en una muestra de 8 pacientes, informaron de puntuaciones de CI Total entre 64 y 127. Un paciente presentaba alteraciones verbales importantes y 4 pacientes tenían más dificultades manipulativas. Estos resultados requieren una interpretación cautelosa debido a que el tamaño de la muestra era muy pequeño.

Wood (8) evaluó a 21 niños. Al menos en el 50% del grupo se encontraron las siguientes características: torpeza, alimentación selectiva, inquietud, testarudez, ecolalias, dificultades para interpretar estados de ánimo, felicidad excesiva e irritabilidad.

Lee et al (9) estudiaron el perfil psicológico de 48 niños con Síndrome de Noonan. Para realizar una evaluación cognitiva utilizaron la Escala de inteligencia de Wechsler revisada (WISC-R), obteniendo una media de Cociente Intelectual de 84. El 25 % de los niños tenía retraso mental (CI<70) aunque sólo 2 niños tenían retraso mental severo (CI<50). El CI Verbal tendía a ser ligeramente más bajo que el CI Manipulativo. Observaron una tendencia hacia un mayor número de niños con un CI Manipulativo superior al Verbal (n=21) que con un CI verbal superior al CI manipulativo (n=7). Otros niños tuvieron un CI verbal semejante al CI manipulativo (n=20).

Van der Burgt and Thoonen (10) valoraron el funcionamiento intelectual (con la misma escala WISC-R), psicosocial y académico en 35 niños:

- Relacionaron el CI Total, así como el CI verbal y el CI manipulativo con dos subtipos de expresión fenotípica en el Síndrome de Noonan (moderado y severo) En el grupo moderado se hallaron las mayores diferencias entre CI verbal y CI manipulativo. Esto es, +7,9 puntos en el grupo con Síndrome de Noonan moderado con respecto a -1,9 en el grupo con Síndrome de Noonan severo, no siendo estadísticamente significativas estas diferencias.
- En cuanto a la dirección de las discrepancias (CI Verbal > CI Manipulativo o CI Manipulativo > CI Verbal), el patrón CI verbal mayor que manipulativo ocurre más a menudo que CI manipulativo > CI Verbal.

- En cuanto a la dispersión en los subtests, las puntuaciones de éstos revelan qué áreas particulares del funcionamiento cognitivo son vulnerables en niños con Síndrome de Noonan, específicamente, la habilidad de planificación, la habilidad para trabajar sintéticamente y el conocimiento espacial. El grupo de Síndrome de Noonan rindió relativamente bien en tareas que requerían comprensión verbal, razonamiento abstracto, y conciencia o juicio social. El rendimiento de niños con Síndrome de Noonan severo fue significativamente peor que el de niños con Síndrome de Noonan moderado en tareas que reflejaban atención focalizada, conocimiento adquirido, memoria a corto plazo (especialmente habilidades de memoria repetitiva), y éxito sin presión de tiempo.

CASO CLÍNICO

Mujer, de 9 años de edad, es la menor de tres hermanos y consulta por sospecha de un posible Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

Antecedentes Familiares: No existen.

Antecedentes Personales: Embarazo dentro de la normalidad. Los padres informan de insuficiencia respiratoria al nacer, teniendo que permanecer en incubadora durante una semana aunque no poseen más datos ni informes al respecto. No describen otras enfermedades relevantes excepto un episodio de bronquiolitis.

Evaluación y exploración clínica

Según los padres, la paciente es inquieta, se impacienta mucho e interrumpe conversaciones. En actividades de ocio y que son de su agrado es capaz de permanecer atenta un periodo de tiempo prolongado. En clase el rendimiento es bajo, va aprobando con dificultad y de modo muy ajustado en algunas asignaturas. Tiene refuerzo escolar por las tardes dos veces en semana en el colegio y otros dos días en una academia. Cursa 4º de Primaria y no ha repetido nunca. La describen como una niña muy sociable.

Durante la entrevista la paciente se comporta adecuadamente, no se levanta del asiento y se muestra colaboradora.

Evaluación psicométrica

Inicialmente se administró el Test de Atención Sostenida D2 (11). Tras los resultados de esta prueba (que se describen a continuación) y teniendo en cuenta resultados de estudios previos, se decide aplicación de Escala de Inteligencia Wechsler (WISC-IV) (12)

Orientación diagnóstica y resultados.

- Test de atención D2 no se obtienen puntuaciones indicativas de ningún tipo de déficit atencional.
- En la Escala WISC- IV se obtienen los siguientes resultados:
 - CI TOTAL = 80
 - Comprensión Verbal = 107
 - Razonamiento Perceptivo = 64
 - Memoria de Trabajo = 82
 - Velocidad de Procesamiento = 91.

En este caso, la estimación de la inteligencia general con la escala WISC-IV (CI TOTAL= 80), debe interpretarse con precaución, ya que existe una variabilidad fuerte entre las puntuaciones de los índices que componen el CI TOTAL, siendo más conveniente la interpretación a partir de los cuatro índices por separado.

Tras la valoración clínica y psicométrica conjunta se descartó la presencia de un déficit atencional y tras comunicar los resultados a los familiares y preguntar por posibles problemas que se hayan podido pasar por alto, informaron entonces los padres que la paciente estaba diagnosticada de un Síndrome de Noonan.

DISCUSIÓN

Los estudios revisados indican dificultades en áreas verbales y manipulativas sin una tendencia claramente definida a presentar más alteraciones en una u otra área (7,9,10). Además, resulta relevante considerar el grado de severidad del propio Síndrome de Noonan (10) y tener en cuenta la comorbilidad que puede tener con el retraso mental (9).

En el caso expuesto la paciente no presenta retraso mental y sí se observa una diferencia entre el componente verbal (CV =107) y el manipulativo (RP = 64), no observándose manifestaciones clínicas severas del síndrome.

Probablemente las dificultades presentadas en la paciente de este caso, podrían estar más relacionadas con características psicológicas observadas en casos con SN (inquietud, diferencias entre aspectos verbales y manipulativos) que con un TDAH.

CONCLUSIONES

- Los niños con el Síndrome de Noonan pueden presentar múltiples alteraciones a nivel psicológico (7,8,9,10). Entre éstas, de modo específico con respecto a la valoración del CI, sería relevante estudiar más detenidamente las discrepancias entre aspectos verbales y manipulativos, así como entre subtests particulares.
- Los escasos estudios en este tema no proporcionan todavía un esclarecimiento con respecto a un posible fenotipo conductual específico del síndrome.
- La identificación de las alteraciones conductuales del Síndrome de Noonan favorecería la evaluación y diagnóstico a edades más tempranas, disminuyendo el error de confundir síntomas propios de una entidad clínica con diagnóstico poco frecuente con trastornos más estudiados y conocidos como, por ejemplo, el TDAH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noonan JA, Ehmke DA. Associated non-cardiac malformations in children with congenital heart disease. *J Paediatr* 1963; 63: 468-470.
2. Noonan JA. Hypertelorism with Turner phenotype. A new syndrome with congenital heart disease. *Am J Dis Child*. 1968; 116: 373-80.
3. Allanson, JE. Noonan syndrome. *J Med Genet*. 1987; 24: 9-13.
4. Nora JJ, Nora AH, Sinha AK, Spangler RD, Lubs HA. The Ullrich-Noonan syndrome (Turner phenotype). *Am J Dis Child*. 1974; 127: 48-55.
5. Tartaglia M, Gelb BD. Noonan syndrome and related disorders: genetics and pathogenesis. *Annu Rev Genomics Hum Genet*. 2005;6:45-68.
6. Ballesta Martínez MJ, Guillen-Navarro E: Síndrome de Noonan. *Protoc diagn ter pediatr*. 2010;1:5 6-63.
7. Money J, ME. Noonan's syndrome, IQ, and

- specific disabilities. *Am J Dis Chil* 1979; 133: 846-850.
8. Wood A, Massarano A, Super M, Harrington R. Behavioural aspects and psychiatric findings in Noonan's syndrome. *Arch Dis Child* 1995; 72: 153-155.
 9. Lee DA, Portnoy S, Hill P, Gillberg C, Patton MA. Psychological profile of children with Noonan syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2005; 47: 35-38.
 10. Van der Burgt I, Thoonen G, Roosenboom N, Assman-Hulsmans C, Gabreels F, Otten B, Brunner HG. Patterns of cognitive functioning in school-age children with Noonan syndrome associated with variability in phenotypic expression. *J Paediatr* 1999; 135: 707-713.
 11. Brickenkamp, R. y Zillmer, E, 2002. *Test de Atención d2*. Madrid: TEA Ediciones.
 12. Wechsler, D. *Escala Wechsler de Inteligencia para niños IV*, 2005. Madrid: TEA ediciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico.

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

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

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

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

1.-Artículos Originales

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

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

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

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

2.- Artículos de Revisión

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

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

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

3.-Casos Clínicos y Comentarios Breves

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

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

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

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

4.- Cartas al Director

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

5.- Notas Bibliográficas

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

6.- Secciones Especiales

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

7.- Agenda

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

8.- Números Monográficos

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

Tablas y figuras

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Envío de manuscritos

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

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

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

Los autores son responsables de la investigación.

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

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

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

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

Revisión y revisión externa (peer review)

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

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

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

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

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VERIFICAR SIEMPRE ANTES DE REMITIR A LA SECRETARÍA

Compruebe el contenido de su envío:

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