

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y PSIQUIATRÍA



TESIS DOCTORAL

LA IRRITABILIDAD COMO
SÍNTOMA EN PSIQUIATRÍA
INFANTO-JUVENIL

Marta Busto Garrido


Málaga 2017





UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Marta Busto Garrido

 <http://orcid.org/0000-0001-5559-8247>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es





TESIS DOCTORAL

La irritabilidad como síntoma en psiquiatría infanto-juvenil

REALIZADA POR:

Marta Busto Garrido

DIRIGIDA POR:

Dr. D. José Miguel Pena Andreu

Dra. D^a. Ana Rodríguez-Rosado Martínez-Echeverría

Departamento de Salud Pública y Psiquiatría

Universidad de Málaga



Jose Miguel Pena Andreu, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Málaga y Ana Rodríguez Rosado Martínez-Echevarría, Profesora Asociada de Psiquiatría de la Universidad de Málaga,

CERTIFICAN:

Que la Tesis Doctoral "La irritabilidad como síntoma en salud mental infanto-juvenil" ha sido realizada por Marta Busto Garrido bajo nuestra dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su lectura.

Y para que así conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido el presente certificado.

En Málaga, a cinco de enero de dos mil diecisiete.

Fdo.: Prof. Dr. Jose Miguel Pena Andreu

Fdo.: Prof. Dra. Ana Rodríguez-Rosado Martínez-Echevarría

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, el profesor D. José Miguel Pena Andreu y la profesora D^a. Ana Rodríguez-Rosado, por su incansable apoyo y ayuda para la realización de este trabajo.

Al doctor José Ramón Gutiérrez Casares, por haber sido mi mentor en todos estos años y haberme transmitido y contagiado su pasión y entusiasmo por la psiquiatría infantil, pues sin él la realización de esta tesis no hubiera sido posible.

A mis padres, por su infinito apoyo y cariño.

A Daniel, mi compañero de vida, por su inagotable paciencia. Por haber sido mi aliento en este trabajo y haber sabido estar ahí, ayudándome a que no decaiga en los momentos más difíciles.

ÍNDICE

1. Introducción	5
1.1. Aspectos conceptuales y psicopatológicos de la irritabilidad	5
1.2. Importancia del estudio de la irritabilidad en psiquiatría infanto-juvenil.....	7
1.3. Irritabilidad normal y patológica	8
1.4. Irritabilidad episódica y crónica.....	9
1.5. Características del proceso diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil	10
1.6. La irritabilidad en los trastornos mentales.....	12
1.6.1. Irritabilidad y trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).....	14
1.6.2. Irritabilidad y trastornos del comportamiento perturbador	16
1.6.3. Irritabilidad y trastornos depresivos	20
1.6.4. Irritabilidad y trastornos de ansiedad.....	24
1.6.5. Irritabilidad y otros trastornos mentales	37
1.7. Evaluación de la irritabilidad	40
1.8. Tratamiento de la irritabilidad.....	42
2. Metodología	45
2.1. Hipótesis y objetivos.....	45
2.2. Diseño del estudio y análisis estadístico	46
2.3. Procedimiento.....	48
2.4. Instrumentos de medida	53
2.5. Limitaciones.....	57
3. Resultados	58
4. Discusión.....	84
5. Conclusiones	94
6. Bibliografía	95
7. Anexos	112

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ASPECTOS CONCEPTUALES Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA IRRITABILIDAD

La irritabilidad puede entenderse de varias maneras. Una primera aproximación puede realizarse desde la definición del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) que entiende la irritabilidad como la “propensión a irritarse” (1) y de ésta, da tres acepciones, de las cuales sólo dos interesan al objeto de esta tesis: una primera es “hacer sentir ira” y la segunda “excitar vivamente afectos o inclinaciones naturales” (2). En ambos casos la Academia advierte que puede ser usado como verbo pronominal, es decir reflexivo, de modo que podemos definir la irritabilidad, siguiendo la RAE, como la propensión a la ira o a la excitación de afectos o inclinaciones naturales.

Desde el punto de vista de la psicopatología, la irritabilidad ha sido un término al que se le ha dado poca importancia. Como señalan Snaith y Taylor en un artículo clásico sobre el tema (3), la irritabilidad apenas fue citada por Jaspers y Freud. En este artículo se realiza un recorrido histórico sobre el concepto de irritabilidad y los autores proponen una definición psicopatológica¹: “la irritabilidad es un sentimiento que se caracteriza por un control reducido sobre el carácter —que habitualmente genera explosiones de irascibilidad verbal o conductual, aunque puede estar presente sin una manifestación observable—. Puede experimentarse en forma de breves episodios, en circunstancias particulares, o puede ser persistente y generalizada. La experiencia de la irritabilidad es siempre desagradable para el individuo y su manifestación exterior carece del efecto catártico de una explosión de ira justificada” (3) (4).

Basándose en esta definición, Stringaris entiende la irritabilidad como una sensación displacentera (o de disgusto) derivada de un bajo umbral para presentar enfado (o enojo) y de la propensión a reaccionar con rabia, malhumor o rabietas desproporcionadas a la situación (5). A su vez, Leibenluft et al. definen la irritabilidad como “un estado

¹ Hemos utilizado la traducción que aparece en el tratado de psicopatología de Sims (4).



emocional caracterizado por tener un bajo umbral para experimentar ira en respuesta a eventos emocionales negativos” (6).

A pesar de las abundantes definiciones, en el ámbito psiquiátrico existe un debate acerca de si la irritabilidad está en el campo de la emoción, del humor o del temperamento. Las diferencias entre ellas están marcadas, entre otros criterios, por el del tiempo, teniendo las emociones una duración de minutos; el humor o estado de ánimo de meses y el temperamento de años a décadas (5). Sin embargo desde la psicopatología hay una imprecisión conceptual con estos términos (4) (7) (8). No obstante, de acuerdo con la duración y según hemos mencionado, podemos dar una definición que nos sirva de guía para esta tesis doctoral. Se pueden definir las emociones como sentimientos intensos, de corta duración y de aparición brusca que se acompañan de un cortejo psicofisiológico intenso y que responden a un estímulo. El humor o estado de ánimo es más prolongado, más estable y más independiente del estímulo que la emoción, mientras que el temperamento apunta sobre todo a la estabilidad en el tiempo y en él subyacen los aspectos biológicos de la personalidad.

En la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) se describe el estado de humor irritable como aquél en el que se presenta “ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia” (9). Con base en estos conceptos entendemos, al igual que Stringaris y Leibenluft que la irritabilidad se encuentra en el campo del estado de ánimo (6) (10).

1.2.IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA IRRITABILIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

La irritabilidad es un síntoma que aparece en varios trastornos mentales en los principales manuales diagnósticos, y concretamente en la clasificación americana DSM, ya sea como uno de los criterios diagnósticos (trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, etc.), como síntoma asociado (trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante), o como síntoma nuclear del síndrome de desregulación grave del estado de ánimo (en inglés *severe mood dysregulation* —SMD—), caracterizado por irritabilidad crónica severa, rabietas e hiperactivación, y base del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo recientemente incluido en el DSM-5 (11), del que se hablará más adelante. También puede aparecer detrás de muchos actos antisociales y oposicionistas de una importante gravedad social (10). Al ser un síntoma que está presente en varios trastornos puede considerarse como un proceso transdiagnóstico, lo cual complejiza su estudio como un síntoma psicopatológico aislado (12).

La prevalencia de la irritabilidad, que se infiere de la del síndrome de desregulación grave del estado de ánimo, es alta, cifrándose en un 3.3% en chicos de entre 9 y 19 años (13) (14). Sin embargo, el hecho de que la irritabilidad se entienda como un proceso transdiagnóstico hace que sean necesarios más estudios para determinar la prevalencia como síntoma y no como síndrome.

La irritabilidad mantiene un curso estable durante la adolescencia y puede predecir a largo plazo la agresión (15), la disfunción social, un bajo nivel socio-económico (5), el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno negativista desafiante y la distimia, pero no el trastorno bipolar (16). De ahí que la identificación temprana de la irritabilidad sea de gran valor para la prevención de trastornos mentales (17).

Por último, otra razón importante que justifica el estudio e investigación de la irritabilidad es el papel que juega en la controversia acerca de la existencia del trastorno bipolar pediátrico y de los criterios para su diagnóstico, entre los que se halla la

irritabilidad (18). En la última década ha habido un incremento importante de los diagnósticos de trastorno bipolar en Estados Unidos donde se ha descrito un incremento de los mismos de hasta un 500% (14) (19) (20) (21), considerándose la práctica diagnóstica laxa como la explicación más probable de este fenómeno (20) (22) (23) (24).

No obstante, a pesar de su prevalencia e importancia en la psicopatología, la irritabilidad ha sido escasamente estudiada, conociéndose poco acerca de su fenomenología y su asociación a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y otras disfunciones en todas las etapas de la vida (25).

1.3. IRRITABILIDAD NORMAL Y PATOLÓGICA

La irritabilidad, como hemos visto, es uno de los síntomas más frecuentes de los trastornos psiquiátricos, aunque también puede hallarse en niños y adolescentes sin que ello suponga la presencia de una patología (26). En consecuencia, puede hablarse de una forma normal y una forma patológica de irritabilidad, las cuales se diferencian por la frecuencia, presentación, curso, consecuencias y sus asociaciones clínicas (23).

La irritabilidad considerada patológica es más intensa y descontrolada, va precedida de un estímulo de pequeña importancia, escala rápidamente, persiste más tiempo, es más difícil de yugular y suele requerir más frecuentemente la intervención de un adulto para su resolución que la irritabilidad normal (10).

En este sentido, se ha hallado que la irritabilidad, expresada como explosiones de ira o rabietas, es típica de la infancia y la niñez, aunque la que se manifiesta a diario es más frecuente en niños de 1 a 3 años y no en los más mayores (12). Un hallazgo similar se encuentra en un estudio realizado por Wakschlag et al., en el que alrededor del 80% de los niños de edad preescolar presentaba rabietas, pero sólo el 8% las presentaba a diario (16) (27).

1.4. IRRITABILIDAD EPISÓDICA Y CRÓNICA

A partir de la controversia acerca del trastorno bipolar pediátrico, Leibenluft et al. proponen la distinción entre irritabilidad crónica y episódica. La irritabilidad crónica se caracteriza por persistir en el tiempo, generalmente varios meses, mientras que la irritabilidad episódica dura unos días. Tanto una como otra son constructos que difieren en su asociación con el género, la edad, los diagnósticos psiquiátricos y las entidades psicopatológicas que pueden predecir a largo plazo.

La irritabilidad episódica tiene una relación lineal con la edad, se asocia con la manía, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia simple, y los niños con irritabilidad episódica son más propensos a tener padres con trastorno bipolar y a presentar conductas suicidas y psicosis (28). La irritabilidad crónica presenta una relación curvilínea con la edad, teniendo un pico en la adolescencia y asociándose al trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y al trastorno depresivo, y predice los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y el trastorno negativista desafiante, pero no el trastorno bipolar, el trastorno disocial, el TDAH ni el abuso de drogas (29).

Ambas formas de irritabilidad son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (23), aunque hay estudios en los que no se ha hallado relación. Sin embargo, en un reciente estudio de Dougherty et al. se encontró que la irritabilidad predecía el trastorno de ansiedad en las niñas mientras que en los niños predecía el TDAH. Estos resultados orientan a que la irritabilidad puede jugar un papel diferente en la psicopatología de niños y niñas y abre la puerta a nuevos estudios acerca de las diferencias de género e irritabilidad (25).

Aunque mayoritariamente es la irritabilidad episódica la que se considera presente en el trastorno bipolar, algunos investigadores sostienen que la irritabilidad crónica es una característica del trastorno bipolar infanto-juvenil. Sin embargo, tanto el DSM-IV-TR como el DSM-5 no incluyen esta forma de irritabilidad entre sus criterios diagnósticos. La consideración de que la irritabilidad crónica es una manifestación de manía pediátrica, coincidió, en las últimas décadas del siglo pasado, con un importante aumento del diagnóstico de trastorno bipolar pediátrico en Estados Unidos. Este aumento se atribuyó a que los clínicos combinaban al menos dos presentaciones clínicas

en una sola categoría. Es decir, se diagnosticaba de trastorno bipolar por un lado a los niños que cumplían los criterios diagnósticos de trastorno bipolar (estado de ánimo anormal, elevado, expansivo o irritable, recortado en el tiempo, por tanto, episódico, junto con los síntomas nucleares de la manía, como euforia o grandiosidad) y por otro lado a los niños con irritabilidad crónica, a pesar de que no presentaban los síntomas nucleares de la manía (20). Por este motivo, Leibenluft et al. propusieron la entidad llamada desregulación grave del estado de ánimo para distinguir este último grupo de pacientes con irritabilidad crónica de los niños con trastorno bipolar clásico (22). Esta nueva entidad ha servido de base para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, que aparece en el DSM-5, diferenciándose del trastorno bipolar y cubriendo el hueco dejado por el DSM-IV-TR para diagnosticar a los niños y jóvenes con irritabilidad crónica y severa (30) (31).

En resumen, puede hablarse de una irritabilidad como síntoma que está presente en distintos trastornos mentales y que es el objeto de estudio de esta tesis, y los constructos de irritabilidad episódica y crónica. De forma general, dados los conocimientos actuales, se acepta que el primero de ellos forma parte del trastorno bipolar mientras que el segundo constituye la base del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

1.5. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL

Toda consulta en psiquiatría infantil se origina en una demanda, una petición de ayuda en torno a un problema que preocupa a la familia. A partir de ese momento ha de realizarse una anamnesis, una exploración, un diagnóstico y la elaboración de un plan terapéutico, teniendo en cuenta las peculiaridades de la patología psiquiátrica infanto-juvenil (32).

Aspectos de la psicopatología evolutiva tales como la plasticidad, los cambios evolutivos, el sentido dinámico, la individualidad, la multicausalidad, las influencias

ambientales y la comorbilidad, dificultan, desde una óptica de la psiquiatría de los adultos, cualquier intento de clasificación etiopatogénica de los trastornos psiquiátricos infantiles (32). En psiquiatría infantil es más difícil el diagnóstico categorial que en la psiquiatría de adultos, no siendo posible muchas veces categorizar a un paciente en un diagnóstico específico y siendo más frecuente, sobre todo a edades más tempranas, el uso de un diagnóstico sindrómico, las categorías atípicas o las no especificadas.

El proceso de evaluación psiquiátrica del niño y del adolescente se lleva a cabo por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto, sin embargo, existen unos rasgos distintivos que debemos tener en cuenta a la hora realizarlo (33) (34) (35):

- 1) A diferencia de los adultos, los niños y adolescentes rara vez piden acudir a consulta. Son los padres quienes tras observar conductas problema en sus hijos deciden llevarlo a consulta para buscar una solución a dichos problemas. En algunas ocasiones, la derivación se realiza por recomendación de su pediatra, médico de familia o incluso por consejo de los profesores. Ante estas situaciones nos podemos encontrar con la dificultad de que el chico muestre clara reticencia a acudir a consulta o no colabore adecuadamente en el proceso terapéutico y que además, las quejas de los familiares puedan, en algunas ocasiones, reflejar las preocupaciones de éstos y no las de los pacientes.
- 2) Teniendo en cuenta que el niño está en constante evolución, debemos tener siempre presente su estadio de desarrollo y su contexto social. Dependiendo del momento evolutivo del niño, habrá conductas que se consideren normales o, por el contrario patológicas; también ha de indagarse en el comportamiento del niño en ámbitos diversos, la escuela, el hogar, etc.

Para realizar una evaluación diagnóstica completa en psiquiatría de niños y adolescentes necesitamos múltiples fuentes de información, a saber: el propio paciente, la familia, los cuidadores, los profesores y el uso de escalas de valoración (32). Ha de obtenerse información acerca del rendimiento escolar del niño y, en casos necesarios, de su nivel intelectual (35). En ocasiones resulta útil la observación directa del niño fuera de la consulta médica, en los ambientes en los que éste se desenvuelve normalmente (34).

La entrevista con los padres suele aportar una valiosa información sobre los antecedentes personales y familiares, la dinámica familiar, el desarrollo evolutivo, así como sobre los síntomas, especialmente los externalizantes (36). En el caso de los niños más pequeños hay que tener en cuenta su desarrollo evolutivo, el hecho de que para la evaluación haya que usar una comunicación no verbal, a través del juego o de los dibujos. En los niños más mayores y adolescentes utilizaremos la vía verbal. Frente a lo que suele creerse, varios estudios han avalado la fiabilidad y precisión de la información aportada por los niños, siendo en muchas ocasiones más útil que la aportada por los padres, especialmente en los síntomas internalizantes (36).

El diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil se realiza, como en la psiquiatría de adultos, conforme a criterios clínicos obtenidos a través de la anamnesis, heteroanamnesis y exploración psicopatológica. Los instrumentos psicométricos se consideran examen complementario y no deben sustituir en ningún momento el diagnóstico clínico, siendo útiles para cuantificar o precisar un problema ya definido o como instrumentos de *screening* (36).

1.6. LA IRRITABILIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES

La irritabilidad es un síntoma que está presente en distintas entidades clínicas no siendo patognomónico de ninguna de ellas. La irritabilidad puede entenderse como un síntoma transdiagnóstico que cruza el límite tradicional de los procesos internalizantes y externalizantes (37), procesos que son uno de los mayores problemas de la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes (38). En los trastornos externalizantes se encuadran los trastornos del comportamiento perturbador y TDAH, y en los trastornos internalizantes se encuentran los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos.

La irritabilidad ha formado parte de numerosos criterios diagnósticos del DSM desde el año 1952 (39). Así en el DSM IV-TR, aparece como criterio diagnóstico de varios

trastornos: trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes (a diferencia de lo que ocurre en los adultos), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, abstinencia de nicotina, juego patológico y trastorno esquizoafectivo. En el trastorno negativista desafiante no aparece recogido como tal en los criterios diagnósticos pero sí se menciona de forma indirecta en los ítems “a menudo se encoleriza e incurre en pataletas” y “a menudo es susceptible y fácilmente molesto por otros” (5) (9) (39) (40). La irritabilidad no forma parte de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, sin embargo, es un síntoma común de este trastorno que además tiende a mejorar con el tratamiento adecuado (41). También está asociada con los trastornos del espectro autista y varias condiciones médicas que no son objeto de estudio en este trabajo (40) (42).

La irritabilidad es también un predictor de enfermedad, como ya ha sido mencionado, concretamente de los trastornos depresivos, la distimia, los trastornos de ansiedad y el trastorno negativista desafiante (29). Aunque la irritabilidad se asocia tanto a los trastornos emocionales (trastornos depresivos y ansiosos) como a los trastornos del comportamiento durante la adolescencia, esta relación sólo se mantiene en el tiempo para los trastornos emocionales (5).

Los estudios genéticos de la irritabilidad han sido limitados, y en ellos se sugiere una heredabilidad moderada, influencias genéticas y ambientales, estabilidad temporal, y diferencias en cuanto a edad y sexo en el tiempo de desarrollo de los efectos genéticos. Sobre las estructuras y funciones cerebrales implicadas en la irritabilidad, existen aún datos limitados e inconcluyentes (37). Las investigaciones se han centrado en la frustración como concepto relacionado con la irritabilidad. Los estudios han encontrado cambios en la activación neuronal en el contexto de frustración en tres áreas principales: el córtex cingulado anterior, amígdala y núcleo estriado, todos ellos relevantes en la disfunción cognitiva y emocional de la irritabilidad (43).

1.6.1. Irritabilidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Desde que Still describiera por primera vez el TDAH en 1902, éste ha recibido distintas denominaciones a lo largo de la historia tales como disfunción cerebral mínima, síndrome hiperkinético de la infancia o trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) (44). Desde el año 1994 con el DSM-IV, este trastorno se conoce como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), nombre que se mantuvo en el DSM-IV-TR (9), publicado en el 2000, y en el DSM-5 (30), editado en 2014. El TDAH presenta como característica esencial una agrupación de síntomas que afectan a tres áreas principales: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad.

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad pediátrica siendo uno de los principales motivos de consulta en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil (45). Tiene una prevalencia media de entre el 5 al 8% (44), algo más baja en los niños de edad escolar según el DSM- IV-TR (9), y es más frecuente en el sexo masculino, aunque varía según los criterios diagnósticos empleados, el método de evaluación clínica (entrevista clínica o cuestionarios autoaplicados), el tipo de muestra (comunitaria o clínica), la edad media de la muestra (escolares o adolescentes) y la fuente de información (padres y/o profesores) (44).

El TDAH se encuentra clasificado en el DSM IV-TR dentro del capítulo de “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, en el epígrafe de “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, junto al trastorno disocial (*conduct disorder*), el trastorno negativista desafiante y el trastorno del comportamiento perturbador no especificado. Pero por sus características diferenciales el TDAH puede separarse del resto de los trastornos de este grupo, como ha ocurrido en el DSM-5, que codifica el TDAH en los “trastornos del neurodesarrollo” y no agrupados con los trastornos del comportamiento perturbador. En esta investigación los pacientes han sido diagnosticados según criterios del DSM-IV-TR (9). En el anexo 1 se recogen los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV-TR.

El TDAH presenta una elevada tasa de comorbilidad con otros trastornos, estimándose ésta en más del 70% (44). Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia acompañan al TDAH son el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, los trastornos de ansiedad (por separación, por estrés psicosocial, fobias, etc.), los trastornos del estado de ánimo (depresión o trastorno bipolar), el abuso de sustancias (alcohol, tabaco y cannabis), los trastornos del aprendizaje y el síndrome de la Tourette (44) (46).

El diagnóstico del TDAH es clínico y para su evaluación debemos recoger una historia clínica exhaustiva valorando el desarrollo psicomotor, los antecedentes personales médicos y psiquiátricos, los antecedentes familiares, la historia social y familiar y la evolución de su escolarización (44)(46). Además, puede ser necesaria la realización de otras exploraciones y pruebas complementarias para descartar una causa orgánica del trastorno. Hay cuestionarios que pueden ayudar al diagnóstico, tales como el *Revised Conners Parents Rating Scale* (CPRS-R) (47), la *Revised Conners Teacher Rating Scale* (CTRS-R) (48) y el *ADHD Rating Scale-IV* (49). Pero ningún instrumento psicométrico sustituye al diagnóstico que es, como se ha dicho, clínico.

La irritabilidad no forma parte del núcleo sintomático que caracteriza al TDAH, si bien este síntoma no es ajeno al trastorno. Se ha encontrado irritabilidad en niños diagnosticados de TDAH con unos porcentajes que van desde el 21% al 78 % (50) (51) (52) (53).

Se han ofrecido diversas explicaciones para justificar la asociación del TDAH con la irritabilidad. En primer lugar, los pacientes con TDAH tienen problemas para el reconocimiento, regulación, expresión y control de las emociones, lo que junto con síntomas característicos del trastorno como la impulsividad y la inatención, y la pobre capacidad inhibitoria a nivel conductual, explicarían los altos niveles de agresividad, irritabilidad o frustración que se observan en personas con TDAH (10) (54) (55) (56). En segundo lugar, pueden ser dos formas de presentación de una etiopatogenia común. Y por último, hay que subrayar la elevada comorbilidad del TDAH con otros trastornos en los que la irritabilidad podría aparecer como síntoma de la patología asociada, como puede ser el trastorno bipolar o la depresión, en cuyo caso hay que dar prioridad al diagnóstico de trastorno afectivo sobre el TDAH (10).

1.6.2. Irritabilidad y trastornos del comportamiento perturbador

En el DMS-IV-TR los trastornos del comportamiento perturbador (trastorno disocial, trastorno negativista desafiante y trastorno de comportamiento perturbador no especificado) se encuentran incluidos dentro del grupo “trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, junto con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Por sus características diferenciales podría separarse el TDAH del resto de los trastornos, como ha ocurrido en el DSM-5, que codifica el TDAH en los trastornos del neurodesarrollo y crea un grupo para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (9) (30).

Los dos sistemas de clasificación internacional de los trastornos mentales (CIE-10 y DSM-IV-TR) ofrecen criterios diagnósticos diferentes para el trastorno negativista desafiante y para el trastorno de conducta o trastorno disocial. Si bien para la CIE-10 el trastorno de conducta incluye al trastorno negativista desafiante, señalando una jerarquía entre ambos, para el DSM-IV-TR son dos entidades clínicas diferentes. Los criterios diagnósticos del trastorno de conducta y del trastorno negativista desafiante según DSM-IV-TR se encuentran recogidos en los anexos 2 y 3 respectivamente (9) (44) (57).

Como podemos observar, el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante tienen características comunes; sin embargo, siempre que exista una violación de los derechos básicos de los demás o de las normas sociales propias de la edad del sujeto tendremos que diagnosticarlo de trastorno disocial (9).

Stringaris y Goodman reconocen tres dimensiones del oposicionismo en jóvenes: dimensión irritable, dimensión testaruda y dimensión hiriente. Las tres dimensiones difieren en cuanto a etiología, mecanismos patofisiológicos, pronóstico y tratamiento. En los ítems que conforman el criterio A para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante en DSM-IV-TR se reflejan estas tres dimensiones. Así, para la dimensión irritable corresponden los ítems “a menudo pierde el control”, “a menudo es colérico y resentido” y “a menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros”. Para la dimensión testarudo corresponden los ítems “a menudo discute con adultos”, “a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas”, “a menudo molesta

deliberadamente a otras personas” y “a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento”. La dimensión hiriente está más fuertemente asociada a los componentes insensible, cruel, premeditado y agresivo de los trastornos disociales.

La dimensión irritable predice a largo plazo trastornos depresivos y trastornos de ansiedad más que procesos externalizantes. La dimensión testaruda predice TDAH y trastornos disociales no agresivos, mientras que la dimensión hiriente predice trastornos disociales con agresividad y rasgos de personalidad insensibles (58). Estos autores observaron además que los síntomas y trastornos emocionales estaban particularmente asociados con la dimensión irritable del oposicionismo (59), en concordancia con el hallazgo de Brotman et al. de que la irritabilidad es un fuerte predictor de depresión más que de conducta antisocial (13).

Los trastornos del comportamiento perturbador no conforman una entidad pura y en la mayoría de los casos presentan un trastorno comórbido, en especial el TDAH, la depresión y el abuso de sustancias, lo que dificulta el diagnóstico y el pronóstico. Los dos sistemas de clasificación internacional de los trastornos mentales (CIE-10 y DSM-IV-TR) establecen una diferenciación cuando se presenta un trastorno comórbido. Para la CIE-10 hablaríamos de entidades diagnósticas nuevas. Si el trastorno del comportamiento coexiste con el TDAH se diagnosticaría de trastorno hiperquinético de la conducta, y cuando el trastorno del comportamiento se da junto con trastornos del humor o de ansiedad, haríamos el diagnóstico de trastornos mixtos de la conducta y de las emociones. Sin embargo, siguiendo al DSM-IV-TR habría que realizar los dos diagnósticos de forma independiente, es decir, trastorno del comportamiento perturbador y TDAH o trastorno del comportamiento perturbador y trastorno de ansiedad o trastorno del comportamiento perturbador y trastorno depresivo (44) (60).

La mayoría de casos de trastorno disocial en la niñez remiten después de la adolescencia, pero aquéllos que continúan manifestando comportamientos perturbadores en la edad adulta habrían de diagnosticarse de trastorno de personalidad antisocial o disocial, cumpliendo criterios para ello, siendo uno de éstos la presencia de un trastorno disocial de comienzo antes de los 15 años de edad (9). En la mayoría de los casos de trastorno negativista desafiante los síntomas disminuyen o desaparecen con la edad, pero en otra proporción importante se desarrollará un trastorno disocial (9) (44).

La determinación de la prevalencia de los trastornos del comportamiento perturbador varía en función de diversas condiciones: los criterios diagnósticos utilizados, los instrumentos de evaluación (entrevista clínica, entrevistas estructuradas, cuestionarios), el periodo de tiempo considerado, las personas que han sido entrevistadas (niños, padres y profesores) así como la edad del niño, el género, el estado socio-económico y el vecindario (44) (61).

El hecho de que la CIE-10 considere el trastorno negativista desafiante como un antecedente evolutivo del trastorno disocial hace que aumente potencialmente la prevalencia del trastorno negativista desafiante si utilizamos esta clasificación y no el DSM-IV-TR (62). En cualquier caso es más frecuente en varones que en mujeres, siendo la edad de aparición más temprana en niños (10-12 años) que en niñas (14-16 años). Por todos esos motivos es difícil determinar la prevalencia de los trastornos del comportamiento perturbador. El DSM-IV-TR informa de prevalencias que van de algo menos del 1% a más del 10% para trastorno disocial y de entre el 2% y el 16% para el trastorno negativista desafiante (9) (46).

Debido a que muchos niños no cumplen criterios para ninguno de los dos trastornos se ha creado el diagnóstico de trastorno de comportamiento perturbador no especificado, si bien, debe haber un deterioro clínicamente significativo para poder ser diagnosticado.

Asimismo, tenemos que señalar que además de estos trastornos del comportamiento existen otros, como el trastorno del control de los impulsos, que estaban clasificados en capítulos diferentes del DSM-IV-TR (9), habiéndose creado un capítulo en el DSM-5 que agrupa todas las entidades en las que las alteraciones del comportamiento son preponderantes. En este capítulo, llamado “Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta” se hallan el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno disocial, el trastorno de la personalidad antisocial, la piromanía, la cleptomanía y otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado y no especificado. Los autores encargados de este capítulo del DSM-5 advierten de que en este apartado se incluyen afecciones que presentan no sólo dificultades para el autocontrol del comportamiento sino también de las emociones (30).

Este énfasis en lo emocional subraya que conducta y emoción no son entidades separadas. Por este motivo pueden incluirse en los trastornos del comportamiento perturbador aquellas situaciones clínicas en las que no es posible diagnosticar al paciente de trastorno negativista desafiante, trastorno disocial o trastorno del comportamiento perturbador no especificado, pero en el que las alteraciones conductuales, muchas veces acompañadas de síntomas de la esfera emocional, son preponderantes y no justificarían tampoco un diagnóstico de otro tipo.

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis recogida a través del paciente y de informadores externos (padres o tutores y profesores), la evaluación psiquiátrica, el examen físico y las exploraciones complementarias. Existen varios cuestionarios que nos sirven para apoyar la información obtenida a través de la clínica, tales como el cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas), el *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) y el *Child Behavior Checklist* (CBCL) entre otros (44).

Como ya hemos referido más arriba, la irritabilidad supone una disfunción emocional y conductual, por eso está presente en los trastornos del comportamiento; de hecho, la mayoría de los niños con trastorno negativista desafiante suelen ser irritables. Es más, en los criterios diagnósticos del trastorno negativista desafiante en el DSM-5, el enfado/irritabilidad ocupa una posición de privilegio al ser uno de los tres pilares sobre los que se asienta el criterio A. De este modo, para el patrón enfado/irritabilidad se aportan las siguientes características sintomáticas: “a menudo pierde la calma”, “a menudo está susceptible o se molesta con facilidad” y “a menudo está enfadado y resentido” (30).

Como hemos visto, para la CIE-10 el trastorno negativista desafiante es una forma menor del trastorno disocial, y para el DSM-IV-TR ambos tienen síntomas compartidos; además el trastorno negativista desafiante suele ser un antecedente y un buen predictor del trastorno disocial. Por estos motivos podemos presumir que en los menores con trastorno disocial podría existir un alto porcentaje de ellos que presenten irritabilidad (9) (10) (57), sin embargo no hay estudios que lo hayan cuantificado.

1.6.3. Irritabilidad y trastornos depresivos

Entre los trastornos mentales en la población infanto-juvenil, los trastornos depresivos ocupan un lugar destacado. Hay que tener en cuenta su relativamente alta prevalencia y sus características clínicas diferenciales respecto de la depresión de los adultos, lo que lleva a confundir su presencia y al infradiagnóstico. Muchas veces, detrás de un bajo rendimiento escolar, de un supuesto déficit de atención, de síntomas somáticos como la enuresis o encopresis o de trastornos del comportamiento, lo que encontramos es un niño deprimido (63).

El grupo de los trastornos del estado de ánimo se encuentra dividido en el DSM-IV-TR en trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado), trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) (9). El trastorno bipolar se abordará más adelante.

El trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia más alta en adolescentes (0.4%-8.3%) que en niños (0.4%-2.5%). El primer episodio depresivo suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, aunque en algunos casos se produce en la edad escolar. La distribución por sexo, que es igual en la edad escolar y en la adolescencia, es el doble en el sexo femenino que en el masculino (26) (64). Esta diferencia se mantiene constante en la edad adulta (65).

El trastorno depresivo de inicio precoz se relaciona con varios sucesos: mayor riesgo de ideación y comportamientos suicidas, mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias, y una peor calidad de vida, interfiriendo en el rendimiento académico y en las relaciones familiares y sociales. Además está asociado a mayor cronicidad y recurrencia (66). Por ello es esencial el reconocimiento a tiempo de estos trastornos para que los niños y adolescentes puedan recibir el tratamiento adecuado y así reducir la morbilidad asociada y realizar una intervención precoz para evitar la evolución a la vida adulta (67).

Para realizar el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, según criterios DSM-IV-TR, deben haber aparecido uno o más episodios depresivos mayores² (Criterio A) y que éstos no sean debidos al efecto inducido de sustancias o a una enfermedad médica. Además no debe haber existido antes un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco (Criterio C), no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (Criterio B). En función de si es un solo episodio o varios, se denominará como trastorno depresivo mayor, episodio único o trastorno depresivo mayor recidivante.

La presentación clínica de la depresión en el niño y en el adulto es muy parecida, sin embargo existen diferencias que hay que señalar, debidas sobre todo al distinto desarrollo cognitivo, físico, emocional y social (44). Ambos pueden presentar estado de ánimo deprimido o irritable, anhedonia, alteración del sueño y del apetito, sentimientos de culpa o falta de valía, alteraciones psicomotrices, falta de concentración, reducción de la energía e ideación suicida (68). Sin embargo, los niños presentan con más frecuencia humor irritable frente a humor deprimido, rabietas, “tormentas afectivas”, labilidad emocional, escasa tolerancia a la frustración, quejas somáticas, aislamiento social y, por el contrario, muestran con menor frecuencia síntomas melancólicos, síntomas psicóticos, intentos de suicidio (44) o hipersomnia (68).

Dentro de la población infanto-juvenil puede diferenciarse entre la depresión en niños pequeños y adolescentes. La depresión en preescolares cursa con rabietas, irritabilidad, hiperreactividad emocional, agitación psicomotriz, alteración del sueño y del apetito, labilidad emocional y molestias físicas generalizadas e inespecíficas. En la edad preescolar la pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar se muestra mediante una reducción en el juego y en la relación con sus iguales. Es más frecuente que el niño en edad escolar manifieste aburrimiento en aquellas actividades que antes le divertían y una menor participación en actividades de grupo. La anergia es más típica en los niños pequeños que en los escolares, quienes suelen mostrar cansancio excesivo (46).

La depresión en los adolescentes es, sin embargo, más parecida a la del adulto destacando la presencia de fluctuaciones en el humor, pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar, descuido del aseo o aspecto personal, pérdida de peso,

² Los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV-TR aparecen recogidos en el anexo 4.

disminución en la concentración, fatiga frecuente así como una mayor tendencia a la cronicidad y a la recurrencia (44) (61) (68).

En cuanto a los síntomas psicóticos hay divergencias en la literatura. Por un lado, Kovacs afirma que los delirios serían más frecuentes en pacientes deprimidos más jóvenes en comparación con los adolescentes (69). Sin embargo hay otros autores que señalan que los síntomas psicóticos son más comunes en los adolescentes (61).

El trastorno distímico, cuyos criterios diagnósticos se encuentran en el anexo 5, tiene una prevalencia estimada en torno al 0.6% y el 4.6% de los niños (70), aunque hay autores que lo rebajan a un máximo de 1.7% (26), y entre el 1.6% y el 8% de la población adolescente; estimándose incluso cifras superiores en la adolescencia que en la edad adulta (70).

En ocasiones, la distimia en niños y adolescentes no se reconoce pues los síntomas son menos severos que los de la depresión mayor y además tiene asociada una gran comorbilidad con otros trastornos tales como trastornos de ansiedad, trastornos del comportamiento, abuso de sustancias, TDAH, enuresis o encopresis, lo que a su vez dificultará la evolución y la respuesta al tratamiento (71). Hay pacientes con trastorno distímico que pueden asociar en algún momento de la evolución un trastorno depresivo mayor de forma concomitante, lo que se denomina depresión doble y cuyo pronóstico es peor (72); de hecho, hasta un 75% de los niños con trastorno depresivo mayor presentan a su vez un trastorno distímico (68).

Como en otras entidades, hay diferencias entre la presentación en los adultos y en niños y adolescentes. En los niños el trastorno distímico, a diferencia de los adultos, afecta por igual a ambos sexos y es frecuente que afecte al rendimiento escolar y a la interacción social; además son niños con baja autoestima, pocas habilidades sociales y mayor pesimismo (9).

El trastorno depresivo no especificado es una categoría creada para aquellos casos que, aun presentando síntomas depresivos, no cumplen criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos siguientes: trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor, trastorno depresivo breve recidivante, trastorno depresivo postpsicótico en la esquizofrenia, un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, y para casos en los que puede determinarse clínicamente que hay un trastorno depresivo pero cuya etiología no es posible determinar (9).

El diagnóstico de los trastornos depresivos es fundamentalmente clínico y se realiza a través de la historia clínica y la entrevista psiquiátrica. Para completar la información obtenida por el niño utilizaremos también fuentes externas (padres o tutores, profesores o cuidadores). También resulta de especial relevancia explorar los antecedentes familiares de los niños con trastorno depresivo mayor, pues los familiares de primer grado suelen presentar con mayor frecuencia depresión (26) (67). Además se ha asociado la irritabilidad con una historia familiar de depresión, y aquéllos que la presentan suelen desarrollar con más probabilidad un trastorno depresivo mayor (11) (29).

Existen instrumentos de evaluación que nos ayudarán a corroborar el diagnóstico, tales como la escala autoinformativa *Children's Depression Inventory* (CDI) para niños de 7 a 17 años (73), el *Beck Depression Inventory* (BDI) (74) para adolescentes a partir de 16 años, o escalas heteroaplicadas tales como el *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R) (75) para niños entre los 8 y 12 años.

Aunque en los adultos puede aparecer la irritabilidad en el trastorno depresivo mayor, ésta no es tan preponderante como el ánimo triste, al revés de lo que ocurre en niños y adolescentes, donde es más frecuente encontrar la irritabilidad que la tristeza o el abatimiento en los trastornos depresivos (30), como ha sido clásicamente descrito, especialmente para los niños en comparación a las niñas (76). En los adultos, en cambio, la irritabilidad es más prevalente en mujeres deprimidas que en hombres deprimidos (77). Sin embargo, en un estudio realizado por Stringaris et al. se encontró que la irritabilidad y no el humor deprimido, se daba sólo en el 5.7% de los trastornos depresivos de niños y adolescentes, frente al 58.7% de los trastornos en los que sólo se daba el humor deprimido; en el 35.6% restante se daba tanto humor deprimido como humor irritable. Este hallazgo sugiere que la irritabilidad, aunque se manifieste en los trastornos depresivos de niños y adolescentes, no es el afecto más frecuente: muy rara vez se da en ausencia de humor deprimido y cuando se presenta se asocia a una mayor comorbilidad y disfunción social. En este artículo Stringaris et al. rebaten la consideración clásica de que la depresión de inicio precoz cursa más con irritabilidad que con humor deprimido (10) (78). En los niños con trastorno distímico es frecuente la irritabilidad y la inestabilidad emocional superpuesta al ánimo triste (9). Stringaris propone que la irritabilidad y la depresión comparten factores genéticos (10) (79).

Cuestionando también la fenomenología de la depresión en adultos, Fava et al. han propuesto la irritabilidad como una dimensión relevante del trastorno depresivo mayor en población adulta. Estos investigadores diferencian dos subgrupos de trastorno depresivo mayor, uno con irritabilidad y el otro sin ella (80). También relacionan la presencia de irritabilidad en los trastornos depresivos con aquellos casos de edad temprana de aparición, mayor cronicidad y peor curso de la enfermedad, así como una mayor comorbilidad con ansiedad (sobre todo trastorno de ansiedad generalizada) y abuso de sustancias, ideación suicida (81), trastorno del control de los impulsos, trastorno de personalidad antisocial, fatiga y autorreproches durante los episodios, así como disfunción social y una peor calidad de vida (80) (82) (83).

1.6.4. Irritabilidad y trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad ocupan un lugar muy significativo dentro de la psiquiatría infanto-juvenil. En la literatura se recoge que entre un 10 y un 20% de los niños y adolescentes pueden padecer un trastorno de ansiedad (84) constituyendo una de las causas más frecuentes de derivación a los especialistas en salud mental de niños y adolescentes (85). Además de la alta prevalencia estos trastornos producen una disfunción a nivel personal, familiar y social, generando un importante malestar sintomático así como conductas evitativas, lo que resulta muy incapacitante para los niños, interfiriendo de forma importante en su desarrollo (86) (87). Por otro lado, los niños con trastornos de ansiedad tienen una mayor probabilidad de desarrollar psicopatología comórbida, fundamentalmente trastornos afectivos y problemas de conducta (88).

Tenemos que empezar señalando la distinción entre los miedos naturales, que forman parte del desarrollo normal de la infancia y adolescencia, de la ansiedad patológica (89). Entre los primeros encontramos la ansiedad ante el extraño, el miedo a la oscuridad, a la muerte, etc. Estos miedos están dirigidos a asegurar la adaptación y supervivencia y tienden a desaparecer con los años, lo que ya señaló Freud (90). En cambio, la ansiedad patológica se caracteriza por la desproporción de la respuesta al estímulo tanto en

intensidad como en duración (86) (91). Lo que ayudará a diferenciar entre la ansiedad normal y la patológica es la capacidad de los niños para recuperarse de la ansiedad y no presentar estos síntomas cuando la situación que la ha provocado ha cesado; a esto se le denomina flexibilidad en la adaptación afectiva (92).

Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían con la edad y el desarrollo cognoscitivo y emocional del sujeto (93). Así, en niños pequeños es más frecuente la inquietud motriz, la pérdida de apetito, el llanto inmotivado y los trastornos del sueño (44); entre éstos destacan el insomnio, las pesadillas y el bruxismo (94). Los niños en edad escolar presentarán dificultades de atención y concentración así como problemas de memoria; mientras que en la adolescencia lo que predominan son los sentimientos de despersonalización y desrealización. A esto se añadirá la expresión verbal de la angustia, los miedos y temores, una vez que el desarrollo del lenguaje y la capacidad para expresar emociones y sentimientos lo permita (95).

El capítulo de los trastornos de ansiedad del DSM-IV-TR incluye una amplia variedad de trastornos. Encontramos los episodios agudos (crisis de angustia), el trastorno de angustia, las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos por estrés postraumático y estrés agudo, el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos de ansiedad causados por enfermedad médica o por sustancias, y el trastorno de ansiedad no especificado. Una entidad importante en psiquiatría infantil es el trastorno de ansiedad por separación que se encuentra en el capítulo de “Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia” (9).

Crisis de angustia y trastorno de angustia

Las crisis de angustia (*panic attacks*) consisten en episodios de miedo o malestar intensos que tienen un inicio brusco y alcanzan un pico de intensidad a los 10 minutos, acompañándose de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognoscitivos entre los que se encuentran palpitaciones, sudoración, temblores, opresión, miedo a perder el control o a morir, etc. (9). Los criterios diagnósticos de las crisis de angustia se encuentran recogidos en el anexo 6.

La recurrencia de las crisis de angustia se convierte en el pilar fundamental del trastorno de angustia junto con síntomas tales como inquietud ante la posibilidad de tener más crisis, preocupaciones por las consecuencias de la crisis o cambios en el comportamiento en relación con las mismas. El trastorno de angustia puede darse con o sin agorafobia (9). Los criterios diagnósticos del trastorno de angustia con o sin agorafobia se encuentran recogidos en el anexo 7.

A pesar de su alta frecuencia en las consultas de psiquiatría infantil existe una notable controversia en la literatura acerca de la existencia de estos trastornos en niños y adolescentes (87) (96). Por un lado están los autores que defienden que este trastorno no aparece antes de la pubertad, pues los niños no tienen suficientemente desarrolladas las capacidades cognitivas como para llevar a cabo las atribuciones catastróficas de los síntomas somáticos propias de las crisis de angustia, (96) (97) (98) y por otro lado se encuentran aquéllos que apoyan que los trastornos de ansiedad comienzan en la infancia (99) (100) (101) (102).

Hay divergencias también en torno a la prevalencia del trastorno de pánico, con cifras que van desde el 10% hasta incluso el 43% en jóvenes que refieren haber sufrido al menos una crisis de angustia en su vida (102) (103) (104). Para todas las edades es más frecuente en las niñas que en los niños (105). A diferencia de los adultos, la búsqueda de tratamiento no se produce por la intensidad y frecuencia de las crisis, sino en el momento en que los niños y adolescentes desarrollan síntomas de evitación agorafóbica y ésta interfiere significativamente con su vida diaria (102).

Para evaluar la ansiedad nos valemos de la entrevista psiquiátrica y la exploración psicopatológica que son la mejor forma de diagnóstico. Como apoyo podemos utilizar instrumentos tales como la Escala de Ansiedad de Hamilton (106), que es administrada por el clínico, o escalas autoplicadas como la Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en Niños (107) o el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (108). Tenemos que señalar que los síntomas de ansiedad son referidos mejor por los niños que por sus padres (109).

Fobias

Las fobias consisten en un temor exagerado, persistente e irracional debido a la presencia o la mera previsión de un objeto o situación concreta que lleva al desencadenamiento de una respuesta ansiosa inmediata y desproporcionada tanto en intensidad como en expresión, y que conduce a la limitación y a la incapacidad (110). Los adolescentes y adultos suelen referir su carácter excesivo o irracional, lo que es más infrecuente en el caso de los niños (9).

Según el DSM-IV-TR nos encontramos con dos tipos de fobia: la fobia específica (antes fobia simple) y la fobia social (trastorno de ansiedad social) (9). La fobia específica se caracteriza por un miedo persistente, intenso e irreprímible a un objeto o situación concretos y que provoca conductas de evitación y limitación en el individuo. La fobia puede darse de forma única a un solo objeto (monofobia) o a varios objetos o situaciones (multifobia). Los criterios diagnósticos de la fobia específica se encuentran recogidos en el anexo 8.

La prevalencia de las fobias en niños y adolescentes oscila entre el 0.8% y el 9.2%, sin embargo, sólo son incapacitantes en aproximadamente el 2% de los niños y adolescentes (111) (112) (113). Las fobias específicas son más frecuente entre las niñas, en los niños y niñas que viven con un solo padre y en los adolescentes (114). Como hemos referido más arriba los niños no suelen reconocer la irracionalidad y desproporción de sus temores, además tienen mayor dificultad para verbalizarlos, lo que se va a traducir en conductas como lloros, abrazos, etc. (9).

Uno de los trastornos fóbicos más frecuente en estas edades es la fobia social. Los pacientes que la padecen muestran retraimiento e incluso miedo a la hora de exponerse a situaciones sociales o ante público. Esta situación les provoca una respuesta de ansiedad, que puede llevarles a experimentar miedo, inhibición o a la evitación de las situaciones temidas, con el consiguiente deterioro de las relaciones sociales (110). En el anexo 9 se recogen los criterios diagnósticos de fobia social.

La prevalencia de la fobia social se sitúa en torno al 1%, aunque hay estudios que la llevan incluso al 14 %. Es más frecuente en los varones que en las mujeres (115), sin

embargo, esta proporción se invierte si se considera el conjunto de la vida (116). La fobia social es un trastorno que se inicia habitualmente en la adolescencia, etapa de la vida en que las relaciones sociales son especialmente importantes. Este trastorno puede suponer un freno al adecuado proceso de maduración personal e impedir a quienes lo padecen un buen desarrollo social, escolar y laboral (115).

La fobia escolar no está recogida específicamente en el DSM-IV-TR pero tenemos que señalarla por su importancia en las consultas de salud mental infanto-juvenil. Consiste en la incapacidad total o parcial por parte del niño de acudir al colegio en respuesta a situaciones tales como equivocarse, hacer el ridículo en clase, miedo a los exámenes o profesores, o a algo menos concreto. Muchas veces el niño no verbaliza directamente lo que ocurre, siendo frecuentes los síntomas somáticos. Hay autores que consideran la fobia escolar como una parte de la fobia social y otros que la encuadran dentro de la ansiedad de separación. La fobia escolar puede llegar a impedir el correcto desarrollo escolar del niño por la ausencia continuada de clase (115).

Al igual que en el resto de los trastornos mentales el diagnóstico de las fobias es eminentemente clínico; por tanto, la historia clínica y la exploración psicopatológica son la base para el diagnóstico. Dentro de los instrumentos psicométricos que podemos utilizar encontramos el cuestionario de miedos FSSC-R (*Fear Survey Schedule for Children Revised*) (117).

Hay estudios que apoyan la asociación entre irritabilidad y el desarrollo de trastornos fóbicos en el futuro, y otros que refutan esta relación. Sin embargo son muy escasos los trabajos realizados en este ámbito (23).

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones. Las obsesiones son ideas intrusivas vividas de manera egodistónica y contra las que el paciente lucha para que no se manifiesten, seguidas, en algunas ocasiones, por actos que buscan su neutralización. Las obsesiones pueden ser

también un grupo de ideas, dudas, melodías, canciones, representaciones, recuerdos, temor a ceder a impulsos (la llamada fobia de impulsión), etc. El correlato motor de las obsesiones son las compulsiones, las cuales son comportamientos como lavarse las manos, ordenar, limpiar... que el individuo se ve impelido a realizar en respuesta a una obsesión (7). Los pacientes suelen reconocer el carácter irracional de las compulsiones y las obsesiones, sin embargo no pueden resistirse a ellas, cosa que también ocurre en la mayoría de los niños (44). En el anexo 10 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo.

Tanto el espectro clínico del TOC como las cifras de prevalencia y su respuesta al tratamiento son similares en niños, adolescentes y adultos (118). Se cifra la prevalencia entre un 2% y un 3% (119). Aproximadamente la mitad de los TOC del adulto se inician antes de los 15 años (120), aunque hay autores que hablan de casos originados entre los 3 y 5 años (121). La incidencia del TOC es similar por sexos; no obstante, en varones es más frecuente que se desarrolle en la infancia mientras que en las mujeres suele presentarse en la adolescencia. El TOC es una patología grave, cuya fenomenología cambia con el paso del tiempo y tendente a la cronificación en la mayoría de los casos (120). Tiene también una elevada comorbilidad con trastornos como la depresión y la ansiedad, consumo excesivo de alcohol y otras drogas, alteraciones del comportamiento, déficit de atención, enuresis y encopresis (118).

El diagnóstico en niños resulta complejo, y suele haber un desfase de un año y medio desde que se inicia el cuadro hasta que los padres se hacen conscientes del mismo. Esto es debido a que los niños no pueden expresar con facilidad lo que les ocurre (118) y a que a los padres les resulta complicado distinguir el carácter patológico de las compulsiones, siendo confundidas a veces con juegos (121). En relación a esto, tenemos que diferenciar el TOC de los rituales compulsivos propios de la infancia y adolescencia, que forman parte del desarrollo normal del niño y contribuyen al aprendizaje y a la socialización. Estos fenómenos son frecuentes y tienen una finalidad lúdica, el niño lo vive de forma egosintónica y no interfiere con su vida diaria ni con su desarrollo, siendo bien tolerada su interrupción. El ritual obsesivo-compulsivo sin embargo, se acompaña de ansiedad y su interrupción produce irritabilidad y agresividad, interfiriendo significativamente con la vida cotidiana del niño, resultando muy incapacitante (44) (122).

Aunque las manifestaciones clínicas del TOC son muy similares en niños, adolescentes y adultos, diversos autores han señalado peculiaridades en los síntomas del TOC en población infanto-juvenil respecto a los adultos. En este sentido, Geller destaca que los niños con TOC presentan las compulsiones antes que las obsesiones, siendo más frecuentes las obsesiones relacionadas con la agresividad y el daño (por ejemplo, miedo a que algún suceso catastrófico, muerte o enfermedad le ocurra a ellos o a su familia) (123). Butwicka señala que los adolescentes presentan más obsesiones de tipo religioso y sexual que los individuos más mayores, mientras que las obsesiones de contaminación y las compulsiones de limpieza son menos frecuentes (124). También son más frecuentes las voces que impelen a los niños a la realización de la compulsión (125).

Dada la dificultad para la detección del TOC en niños el diagnóstico se producirá de forma más tardía, con el consecuente retraso en el inicio del tratamiento. Debido a esto se da también una peor respuesta al tratamiento, una alteración de las relaciones familiares, sociales e interpersonales, deterioro del rendimiento académico y una mayor comorbilidad con trastornos del desarrollo, tics y conductas disruptivas (44).

Hay además una forma específica del TOC en niños con infección por el estreptococo beta-hemolítico que se conoce como PANDAS (acrónimo de *Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal infections*, en español “trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado con infección por estreptococo”). Esta entidad se caracteriza por una edad de inicio más temprana (la edad media de presentación es de 7,4 años) y una mayor frecuencia en los varones. Se manifiesta de forma brusca o como una exacerbación de los síntomas del TOC y se asocia en el tiempo a una infección por estreptococo. Suele concurrir con síntomas neurológicos (como movimientos coreiformes) y con síntomas de hiperactividad motora, impulsividad y distraibilidad (126).

El diagnóstico del TOC es clínico y se realiza a través de una evaluación psiquiátrica y exploración psicopatológica, siendo importante recoger información de los padres debido a la dificultad del niño de reconocer sus propios pensamientos y conductas como irracionales o extraños (44). No existe ninguna prueba complementaria que confirme el diagnóstico de TOC pero son de utilidad para descartar una causa orgánica del mismo.

Por ejemplo, si se sospecha de PANDAS se debe realizar un cultivo de frotis faríngeo y la determinación de antiestreptolisinas (ASLO) o de anticuerpos antiestreptocócicos. Una vez filiado el cuadro podemos valernos de instrumentos de medición (escalas aplicadas por el clínico o cuestionarios autoaplicados) que determinarán la cantidad y gravedad de los síntomas y su evolución a lo largo del tiempo (122). El que se utiliza con mayor frecuencia en clínica e investigación para la evaluación del TOC pediátrico es el *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)* (127), una mezcla de cuestionario y entrevista semiestructurada, que es una versión adaptada para población infanto-juvenil del original *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)* elaborada para adultos (128). También existen otras escalas como el *Leyton Obsessional Inventory- Child Version (LOI- CV)* (129) para mayores de 10 años de edad.

Los pacientes con TOC suelen presentar una irritabilidad de base que se incrementa cuando se critican o interrumpen sus rituales (122). En ocasiones la irritabilidad puede desembocar en agresividad en el medio familiar, siendo esta situación más frecuente en varones que en mujeres.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se desencadena tras la exposición del sujeto a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante para su integridad física o la de otra persona (por ejemplo: combates de guerra, catástrofes naturales o producidas por el hombre, accidente automovilísticos graves, ser víctima de tortura, secuestro, encarcelamiento, terrorismo, agresiones sexuales o de otro tipo, ser testigo de muertes violentas, etc.). El niño presentará temor y horrores intensos, desesperanza y conductas desestructuradas o agitadas. También desarrollará reexperimentación del acontecimiento traumático, conductas evitativas y aumento del nivel de activación fisiológica que puede presentarse en forma de ataques de rabia, dificultades para el descanso nocturno, dificultades de concentración y atención, hiperactividad motora, quejas somáticas, hipervigilancia e irritabilidad.

Según la duración de los síntomas se divide en agudo (duración de los síntomas inferior a 3 meses), crónico (igual o superior a 3 meses) y de inicio demorado (entre el acontecimiento y los síntomas han pasado como mínimo 6 meses) (9). En el anexo 11 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés postraumático.

Existen cifras dispares en cuanto a la prevalencia del trastorno por estrés postraumático debido a las diferencias metodológicas de los estudios y de los países donde éstos se han llevado a cabo. Se estima que la prevalencia a lo largo de la vida del trastorno por estrés postraumático en la población general varía entre el 1% y el 14%. Hasta un 100% de los niños que han sufrido un evento traumático puede llegar a presentar un trastorno por estrés postraumático independientemente de otros factores como el nivel de desarrollo, los antecedentes personales o factores familiares (130).

La manifestación sintomática del trastorno por estrés postraumático va a variar en función del grado de desarrollo evolutivo del niño. Los síntomas serán más semejantes a los de los adultos cuando se adquiere un mayor grado de madurez. Así, los adolescentes presentarán pesadillas, pensamientos intrusivos, conductas evitativas, amnesia, aislamiento social, hipervigilancia, *flashbacks* e irritabilidad. En los adolescentes que padecen trastorno por estrés postraumático crónico predominan síntomas de tipo disociativo como despersonalización o desrealización, así como gestos autolesivos, ataques de ira o de agresividad y abuso de sustancias. Los niños en edad escolar no suelen presentar amnesia o síntomas evitativos ni suelen tener *flashbacks*. De hecho la reexperimentación en niños pequeños es frecuente que se exprese a través del juego, siendo éste habitualmente de carácter repetitivo. Los preescolares, debido a su falta de desarrollo cognitivo, no suelen mostrar síntomas típicos del trastorno por estrés postraumático, por lo tanto, en ellos, debemos explorar síntomas de ansiedad propios de su edad, tales como ansiedad de separación, miedo a extraños, a monstruos, a la oscuridad o a animales, trastornos del sueño y preocupación relacionada con palabras o símbolos que tengan que ver con el evento traumático (130). Las características particulares del trastorno por estrés postraumático en menores de 6 años han llevado a los autores del DSM-5 a incluir una categoría para estos niños dentro del propio trastorno (30). Los niños y adolescentes con trastorno por estrés postraumático presentan frecuentemente otros trastornos psiquiátricos, sobre todo la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de adaptación (131).

Dada las dificultades que nos encontramos a la hora de realizar el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, es preciso que la evaluación sea lo más exhaustiva posible, por lo que debemos recoger información a través de varias fuentes. Hemos de basarnos en entrevistas clínicas directas realizadas al niño y a sus padres o cuidadores pudiéndonos ayudar de diversas escalas y entrevistas semiestructuradas, aunque tienen muchas limitaciones y ninguna es considerada el *gold standard*. Entre ellas nos encontramos el *Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised* (DICA-R), *Clinician Administred PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA), *PTSD Sympton Scale* (PSS) y el *Posttraumatic Stress Reaction Index* (PTSD-RI) (130).

En relación a la irritabilidad hemos visto que es uno de los síntomas que puede aparecer en el trastorno por estrés postraumático y se debe a la activación neurofisiológica (*arousal*) provocada por la rememoración del cuadro. Sin embargo, hay una falta de estudios en relación a la irritabilidad y este trastorno.

Trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés agudo se caracteriza por la presencia de ansiedad y síntomas disociativos que aparecen tras la exposición a un acontecimiento traumático. Lo que lo distingue del trastorno por estrés postraumático es el tiempo de duración. En el trastorno por estrés agudo, los síntomas deben durar como mínimo 2 días y como máximo 4 semanas, mientras que en el trastorno por estrés postraumático deben estar presentes al menos durante un mes después del trauma (132). En el anexo 12 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo.

No hay mucha información acerca de la prevalencia del trastorno por estrés agudo en población general. Hay variaciones debidas a la población y las características y el contexto en el que se produce el evento traumático. Se ha observado una relación entre padecer este trastorno y el desarrollo posterior de trastorno por estrés postraumático (132), aunque hay estudios que cuestionan esta asociación (133).

Como ocurre en el trastorno por estrés postraumático, el individuo responderá con ansiedad, reexperimentación del suceso traumático e hiperactivación fisiológica, que en muchos casos se manifiesta como explosiones de ira, irritabilidad o conductas agresivas. En niños pequeños que han sufrido un trastorno por estrés agudo puede manifestarse ansiedad de separación. Existen diferencias clínicas en relación a la forma de reexperimentación del trauma según la edad del niño. Los más pequeños pueden presentar terrores nocturnos, que se asemejan a lo vivido en el trauma, y que pueden expresar a través del juego. En estos niños pueden no hallarse reacciones de miedo en el momento de la exposición ni tampoco durante la reexperimentación. Sin embargo, sí es frecuente encontrar ira, vergüenza o retraimiento o, por el contrario, un excesivo afecto positivo (30).

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) presenta de forma característica ansiedad y preocupación excesivas de difícil control, presente al menos durante 6 meses y acompañada de, al menos, otros tres síntomas de entre los siguientes (excepto en los niños que basta con uno): inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (9). El paciente sufre múltiples miedos que carecen de base real y que afectan a muchos aspectos y circunstancias vitales. Estos pacientes muestran, además, una actitud ansiosa ante la vida, preocupándose no sólo por los acontecimientos presentes sino también por aquellos sucesos del pasado y acontecimientos futuros (115).

En el anexo 13 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada.

Los adultos con TAG tienden a preocuparse por asuntos laborales, económicos, de salud y otros problemas menores, mientras que los niños con este trastorno suelen centrar sus preocupaciones en el rendimiento escolar o en la calidad de sus actuaciones (9). En estos niños destacan la necesidad constante de seguridad, así como las múltiples quejas somáticas (sobre todo cefaleas, vértigos, náuseas, dolores abdominales, disnea, opresión torácica, incapacidad para tragar por sensación de obstrucción en la garganta o trastorno

de sueño) (87), y un estado permanente de nerviosismo y tensión. Los niños pequeños sienten miedo ante aspectos concretos de la vida, pero a medida que van creciendo estos miedos adquieren un carácter más general (115).

Se estima que el TAG tiene una prevalencia en torno al 4% en niños y adolescentes (115), aunque hay estudios que lo elevan hasta el 10%. Es más frecuente en mujeres, la edad media de presentación es 8.5 años y tiene un curso crónico y fluctuante, siendo habitual que se mantenga en la vida adulta (134).

Aunque podemos ayudarnos de pruebas psicométricas como las ya referidas en otros trastornos de ansiedad, el diagnóstico es clínico. Sin embargo, hay que tener en cuenta que es un diagnóstico que puede no resultar sencillo debido al solapamiento con otros trastornos, las dificultades para aclarar la naturaleza de las preocupaciones, incluso para deslindarlas de la normalidad, y también por las limitaciones de los niños a la hora de describir sus preocupaciones (87).

La irritabilidad está asociada al TAG, de hecho es uno de los criterios diagnósticos de este trastorno en el DSM-IV-TR (9). También sabemos que los niños con irritabilidad tienen más probabilidad de desarrollar TAG en el futuro (10).

Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación (TAS) se incluye dentro del capítulo de “Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia” del DSM-IV-TR (9). Este trastorno se caracteriza por la presencia de ansiedad intensa y desproporcionada que se presenta en el niño en relación a alejarse del hogar o de aquellas personas con un vínculo relevante para el sujeto. En el anexo 14 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad por separación.

El niño que padece TAS cuando se separa de las personas con las que tiene mayor relación afectiva, comenzará con una preocupación excesiva y con miedos a que estas

personas o ellos mismos puedan sufrir un accidente o enfermedad o a que puedan llegar a perderse y no encontrarse más con sus padres o figuras relevantes (135).

La edad más frecuente de aparición es alrededor de los 9 años, aunque también puede iniciarse en edad preescolar. Se estima una prevalencia de entre el 1% y el 4% entre los niños y adolescentes que acuden a las consultas de psiquiatría infanto-juvenil (135) y afecta por igual a niños y niñas (44). Las pesadillas con contenido de amenazas o separación y síntomas como el aislamiento y la tristeza son más frecuentes en niños pequeños, mientras que la ansiedad anticipatoria predomina en los niños más mayores (116).

El diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación es clínico. Hay que tener en cuenta que se trata del trastorno de ansiedad más frecuente en menores de 12 años y que pueden asociarse síntomas como conductas desafiantes, labilidad afectiva, irritabilidad y conductas explosivas en relación a la situación de separación (116).

Otros trastornos de ansiedad

Dentro de los trastornos de ansiedad debemos hablar de otros cuadros de ansiedad de origen orgánico. Por un lado, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y por otro lado el trastorno de ansiedad inducido por sustancias. En el primer caso la ansiedad, que debe ser clínicamente significativa, es secundaria a una enfermedad médica (hipertiroidismo, feocromocitoma, hiperadrenocorticismos, etc.); y en el segundo, la ansiedad es consecuencia de los efectos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos o tóxicos) (9).

Existe asimismo una categoría residual llamada trastorno de ansiedad no especificado en el que se incluyen trastornos con síntomas de ansiedad significativos pero que no cumplen todos los criterios necesarios para ser diagnosticados de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad o mixto (9).

Las relaciones entre la irritabilidad y los trastornos de ansiedad han sido poco estudiadas. Es en los últimos años cuando han comenzado a aparecer trabajos sobre esta asociación (136). Tradicionalmente se ha considerado que la irritabilidad estaba más asociada al trastorno de ansiedad generalizada que al resto de los trastornos de ansiedad, incluso, como hemos dicho, la irritabilidad es un criterio diagnóstico para TAG en DSM-IV-TR (137). Sin embargo, recientemente se ha asociado la irritabilidad con otros trastornos de ansiedad más allá del trastorno de ansiedad generalizada, por ejemplo con las fobias específicas (23), con un grupo heterogéneo de trastornos de ansiedad o con trastornos de ansiedad en general (136) (137), aunque aparecen también estudios en los que no se ha hallado asociación entre irritabilidad y fobias (23).

Los estudios no permiten afirmar si la relación entre ansiedad e irritabilidad se debe a la comorbilidad entre trastorno de ansiedad y trastorno depresivo o trastorno negativista desafiante (22) (23) (24) (26), si esta relación sólo se da en el trastorno de ansiedad generalizada y si se mantiene una vez que se controla por edad, sexo u otros factores demográficos (136). La escasa literatura al respecto impide por el momento aclarar estos puntos.

1.6.5. Irritabilidad y otros trastornos mentales

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios depresivos y/o maníacos o hipomaníacos (o mixtos) que suelen ser recurrentes. Tiene una prevalencia del 1% a nivel mundial (138). En niños y adolescentes encontramos una prevalencia similar, sin embargo las cifras son variables, siendo más altas en EEUU que en Europa (139).

El diagnóstico de trastorno bipolar en niños y adolescentes se realiza con los mismos criterios diagnósticos utilizados para los adultos (9). No obstante, hay una serie de características diferentes en la presentación del trastorno bipolar en la población infanto-juvenil. La irritabilidad es un síntoma importante siendo, incluso, considerado como el más frecuente en el trastorno bipolar en esta población. Algunos autores consideran que la irritabilidad presente en los episodios maníacos del trastorno bipolar pediátrico o juvenil es persistente, no episódica y severa (140). Además, a diferencia de

los adultos, son más frecuentes las ideas de suicidio estructuradas y los síntomas psicóticos, especialmente las alucinaciones, aunque también pueden darse los delirios. También se da con más frecuencia en esta población los episodios mixtos caracterizados por irritabilidad y ánimo deprimido y las ciclaciones rápidas o ultrarrápidas. El inicio precoz del trastorno bipolar puede provocar en el niño o adolescente un deterioro importante de la vida social y del rendimiento académico y se asocia con una mayor probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas (139).

El trastorno bipolar en niños y adolescentes es comórbido con otros trastornos hasta en un 90% de los casos (139), siendo las patologías más frecuentes: trastornos de ansiedad, TDAH, trastornos del comportamiento y abuso de sustancias (141).

Como hemos dicho más arriba, la irritabilidad es frecuente en el trastorno bipolar infanto-juvenil. Sin embargo, algunos autores señalan que ésta tiene unas características diferentes a la irritabilidad que se presenta en otros trastornos como la depresión, la ansiedad o el TDAH. En la manía, la irritabilidad puede ser episódica o crónica y persistente, sin desencadenante específico y en el caso de que lo hubiera éste es mínimo, y en muchas ocasiones se asocia a una agresividad y violencia marcadas (139).

El diagnóstico del trastorno bipolar en niños y adolescentes suele ser un proceso complicado dada la presentación clínica peculiar, a diferencia de los adultos, y el hecho de que los clínicos no suelen tener en cuenta este trastorno a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. De hecho, en hasta un 50% de los casos se confunde con la esquizofrenia (142). Aunque también se ha dado en Estados Unidos el fenómeno contrario llegándose al sobrediagnóstico. Así, el diagnóstico de trastorno bipolar infanto-juvenil continúa siendo hoy por hoy el más controvertido de todos los trastornos psiquiátricos de esta población, por tres motivos: los detalles insuficientes sobre las características temporales de los síntomas maníacos, la posibilidad de que el estado de ánimo pueda ser expansivo o irritable como criterio A para episodio maníaco en DSM-IV-TR, y por último, el solapamiento con otros trastornos, incluyendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (24).

En relación a esta controversia, Leibenluft et al. conceptualizaron una nueva entidad llamada síndrome de desregulación grave del estado de ánimo (en inglés *severe mood*

dysregulation —*SMD*—), una condición caracterizada por irritabilidad crónica y severa junto con síntomas de hiperactivación. Esta entidad fue adaptada excluyendo los criterios de hiperactivación y se incorpora en el DSM-5 como trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (*disruptive mood dysregulation disorder* —*DMDD*—), para diagnosticar a los niños y a los adolescentes de hasta 18 años de edad que presentan irritabilidad crónica, grave y persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo (episodios de rabietas en respuesta a estresores comunes que ocurren de forma desproporcionada a la situación y están presentes 3 o más veces por semana). Además, el estado de ánimo entre las rabietas o accesos de cólera debe ser persistentemente negativo (irritable, irascible o triste) y los síntomas deben estar presentes durante al menos 12 meses en al menos dos contextos. Este trastorno no puede ser diagnosticado en niños antes de los 6 años de edad (143).

Este nuevo concepto se incluye dentro de los trastornos depresivos, codificado como 269.99 y surge con el objetivo de reducir el sobrediagnóstico del trastorno bipolar en niños (30) (144). El hecho de que se sitúe en el grupo de los trastornos depresivos se debe a que los niños con dicho patrón sintomático (irritabilidad crónica) son más propensos a desarrollar en la edad adulta trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, más que trastornos bipolares (13) (23) (145).

Los estudios existentes respecto al DMDD son limitados, sin embargo la evidencia sugiere que es relativamente común en la clínica, con una prevalencia que se ha estimado entre el 26% y el 30.5%. Este trastorno puede ser comórbido al resto de los trastornos psiquiátricos, encontrándose las tasas más altas de comorbilidad con la depresión y el trastorno negativista desafiante. No obstante, como queda reflejado en los criterios diagnósticos según DSM-5, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar. Por tanto, en caso de que se presenten criterios para estas entidades habría que diagnosticar solamente el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (30). Además se ha asociado a altas tasas de disfunción social, fracaso escolar y pobreza (143).

En el anexo 15 se recogen los criterios diagnósticos del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

El diagnóstico diferencial entre el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno bipolar se hace principalmente a partir del curso longitudinal de los síntomas nucleares. Mientras que el trastorno bipolar se caracteriza por episodios delimitados de alteración del estado de ánimo que puede diferenciarse claramente del estado basal del niño y se acompaña además de los síntomas habituales del episodio maníaco (hipertimia, grandiosidad, distraibilidad, etc.), el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo tiene un curso crónico, la irritabilidad es grave y persistente, se presenta durante varios meses y los síntomas característicos de la manía como grandiosidad y euforia están ausentes (30) (144) .

1.7. EVALUACIÓN DE LA IRRITABILIDAD

La irritabilidad es una causa muy frecuente de consulta en psiquiatría infanto-juvenil, aunque en la mayoría de las ocasiones los padres no se referirán a ella por este nombre sino que usarán otros como “mal humor”, “mal genio”, “que se molesta o se cabrea fácilmente”, “que es gruñón”... Por este motivo hay que asegurarse de que lo que el paciente o la familia entiende por irritabilidad es lo mismo que lo que entienden los profesionales (10).

Recientemente, la irritabilidad se ha convertido en un foco de interés científico. Sin embargo, uno de los puntos débiles del estudio de la misma es que no disponemos de instrumentos de alta calidad para su medición (146) (147). La mayoría de las mediciones de la irritabilidad han sido realizadas con instrumentos creados *ad hoc*, esto es, a través de ítems extraídos de escalas existentes o entrevistas cuyo objetivo inicial no era medir la irritabilidad (29).

Lo que se ha utilizado ha sido un ítem o un conjunto de ellos a partir de escalas que, como se ha dicho, no habían sido creadas para medir la irritabilidad. Por ejemplo, se han utilizado algunos ítems de la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) (23), de la *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA) (25), de la *Children and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) (13) (78), de la *Temper Loss scale of the*

Multidimensional Assessment Profile of Disruptive Behavior (MAP-DB) (17), de la *Kiddie-Schedule for Affective Disorders* (KSADS), del *Children's Depression Rating Scale* (CDRS) (148), del *Child Behavior Checklist* (CBCL) (149), del *Overt Aggression Scale* (OAS), del *Aberrant Behavior Checklist* (ABC) (150), del *Disorganized Poverty Index* (DIPOV), del *Youth Questionnaire*, del *Youth Diagnostic Interview Schedule for Children* (5), de la *Beck Depression Inventory* (BDI) (77), o simplemente la respuesta sí o no al ítem de irritabilidad de la escala *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), el cual pregunta si el niño estaba irritable o malhumorado la mayoría del día durante las peores dos semanas del episodio índice (80).

Con el objetivo de mejorar este punto débil, en 2012 se publicó la escala llamada *The Affective Reactivity Index* (ARI) como medida de *screening*. En el cuestionario se pregunta por la irritabilidad del niño en los últimos 6 meses a través de 6 ítems para obtener información sobre los síntomas y uno para conocer el grado de disfunción que la irritabilidad provoca. Las mismas preguntas han de responderlas niños y padres o tutores para así poder obtener una información comparable (146). En los anexos 16 y 17 encontramos sendas versiones en castellano de la escala ARI para niños (151) y para padres (152), respectivamente, no existiendo aún una versión validada en nuestro idioma.

Los estudios han demostrado que tanto padres como niños son buenos informantes en relación a la irritabilidad. Los padres reconocen mejor el sufrimiento objetivo y la disforia, mientras que los niños, a partir de los 7 años, describen bien lo que les ocurre antes y después de los episodios de ira y dan buena cuenta de sus sentimientos, cosa que también ocurre en adolescentes (10), aunque este grupo de edad informa de la irritabilidad en conjunto mejor que sus padres y sus profesores (79). Un reciente metaanálisis aboga por el uso de informantes múltiples y del uso de varios métodos de estudio. Sin embargo pocos trabajos han utilizado estas recomendaciones (29).

La evaluación clínica constituye el *gold standard* para la valoración de la irritabilidad junto con entrevistas y observación. Por lo que no sería clínicamente necesario utilizar ningún instrumento de medida de la irritabilidad para su diagnóstico, aunque puede ser útil para cuantificarla una vez diagnosticada (10).

La irritabilidad puede darse en un determinado contexto y no en otros, o bien manifestarse en varios de ellos, por ejemplo en casa, en el colegio, con los amigos, etc., por lo que habrá que preguntar sobre este punto (10). Para su evaluación se pregunta si el niño ha estado gruñón, irascible, malhumorado, enojado hacia la gente sin motivo, replicaba o ha tenido rabietas. También se pregunta si la irritabilidad ha estado presente mucho más de lo habitual durante discretos períodos de tiempo o, por el contrario, si la irritabilidad está presente de forma general (23).

1.8. TRATAMIENTO DE LA IRRITABILIDAD

La irritabilidad no ha sido un objetivo de estudio terapéutico hasta fechas recientes. Por tanto es poca la evidencia acerca de su tratamiento, y la que tenemos se debe fundamentalmente a información derivada del estudio de tratamiento de trastornos mentales específicamente definidos en el DSM o CIE en los que la irritabilidad es uno de sus síntomas (12) (153).

El tratamiento de la irritabilidad se basa en estrategias psicoterapéuticas, psicoeducativas y psicofarmacológicas, que pueden ofrecerse solas o en combinación (150). Para el abordaje psicofarmacológico de la irritabilidad se han utilizado antidepresivos, psicoestimulantes, estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y otros psicofármacos.

Los antidepresivos más estudiados han sido los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y han demostrado reducir la irritabilidad en niños deprimidos o con trastornos del comportamiento; aunque, como hemos dicho, no hay estudios que hayan evaluado específicamente el tratamiento de la irritabilidad (10) (154) (155) (156). Los ISRS aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes son la fluoxetina en niños mayores de 8 años y el escitalopram en mayores de 12 años (157) (158).

Los psicoestimulantes, especialmente el metilfenidato, han sido estudiados para tratar la agresión e irritabilidad en niños con TDAH, con resultados positivos en el tratamiento de estos dos síntomas en niños con TDAH, trastorno negativista desafiante (153) (155) (156), y síndrome de desregulación grave del estado de ánimo (159).

Entre los estabilizadores del ánimo, el litio no ha demostrado eficacia en el tratamiento de la irritabilidad estudiada en pacientes con síndrome de desregulación grave del estado de ánimo (160), a diferencia del ácido valproico (10). Sin embargo, el litio sí ha resultado útil en el tratamiento de la irritabilidad y agresividad en pacientes con trastornos del comportamiento. Tanto el litio como los antiepilépticos se consideran un tratamiento de tercera o cuarta línea debido a sus efectos adversos y la necesidad de monitorización (161).

También se ha estudiado el papel de los antipsicóticos en la reducción de la irritabilidad en niños con síndrome de desregulación grave del estado de ánimo o con autismo. Los más estudiados han sido los antipsicóticos de segunda generación y, entre éstos, la risperidona, habiéndose encontrado evidencia que apoya su uso para el tratamiento de la irritabilidad, independientemente del trastorno primario. Además de la risperidona, el aripiprazol está autorizado por la FDA para el tratamiento de la irritabilidad en jóvenes, en particular la irritabilidad asociada al autismo en niños de edades comprendidas entre los 6 y 17 años (150) (161) (162) (163).

Los estudios sobre la utilización de fármacos agonistas alfa-adrenérgicos (clonidina y guanfacina) para el tratamiento de la irritabilidad en niños y adolescentes se han realizado en individuos con TDAH y trastornos del comportamiento, no existiendo estudios específicos para el tratamiento de la irritabilidad. Sin embargo, los escasos ensayos realizados apuntan a que pueden resultar útiles en algunos casos (161).

Sobre el tratamiento farmacológico de la irritabilidad en niños y adolescentes tenemos que señalar en primer lugar las limitaciones de los ensayos clínicos, debido a los problemas metodológicos achacables tanto a la medición de la irritabilidad como a que ningún ensayo clínico utilice como resultado principal la irritabilidad. Y, en segundo lugar, por problemas propios de la psicofarmacología en edades pediátricas: las

peculiaridades farmacocinéticas de esta población y el escaso número de ensayos clínicos realizados en menores de edad, entre otros (161) (164).

Debido a la respuesta inespecífica de la irritabilidad a diferentes tratamientos en el contexto de varios trastornos, se deberían desarrollar más estudios para examinar si estos tratamientos influyen en la irritabilidad antes, durante o después de incidir en los síntomas del trastorno primario (29).

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, éstas tendrían como objetivo general la eliminación o reducción de los factores provocadores, la modificación de respuesta del niño a los mismos, y la intervención sobre el estado de ánimo patológico. La psicoterapia cognitivo-conductual es la más estudiada y ha resultado ser útil en el tratamiento de la irritabilidad (165). Esta modalidad de tratamiento trabaja el control de la ira, la regulación de la frustración y la modificación de conductas agresivas o violentas en los niños y adolescentes, mediante la educación del reconocimiento de los factores desencadenantes y los signos precoces de ira (10) (166).

Existen también programas de entrenamiento para padres, que son especialmente efectivos en niños más pequeños (167) y consisten en intervenciones sistematizadas y enfocadas a diferentes tipos de situaciones problemáticas (167). Estos programas se encuadran dentro de las terapias conductuales, se basan en los principios del aprendizaje social y promueven el desarrollo de un ambiente cálido, una buena comunicación y una disciplina clara y consistente, con límites bien definidos, en el medio familiar (10) (168). Tienen como objetivo mejorar los patrones de interacción familiar que han podido propiciar la aparición en el pasado de rabietas y conductas agresivas en el niño y contribuir al mantenimiento de las mismas en la actualidad (166).

El tratamiento integral de la irritabilidad debe incluir, además del abordaje psicoterapéutico y/o psicofarmacológico, la psicoeducación. La psicoeducación ha demostrado su utilidad en otros trastornos psiquiátricos (169) (170). En este sentido, una buena información de la irritabilidad mejora la adherencia terapéutica (10).

2. METODOLOGÍA

2.1. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La irritabilidad es un síntoma que está presente en la mayoría de los trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil, aunque en mayor grado en los trastornos emocionales.

Este trabajo tiene los siguientes objetivos:

OBJETIVO PRINCIPAL:

- Analizar la irritabilidad como síntoma transdiagnóstico en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en los trastornos depresivos, en los trastornos de ansiedad y en los trastornos del comportamiento perturbador.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Describir las variables sociodemográficas, clínicas y psicométricas de la muestra.
- Estudiar la asociación entre la irritabilidad y los síntomas depresivos.
- Estudiar la asociación entre la irritabilidad y la impulsividad.
- Estudiar la asociación entre la irritabilidad y los síntomas de ansiedad, tristeza y suspicacia y el estado general.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha realizado un estudio observacional de tipo transversal, a partir de los pacientes atendidos en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y un conjunto de controles. El estudio se ha realizado entre los años 2004 y 2010. Se han recogido las siguientes variables:

- Año de valoración
- Mes de aplicación
- Fecha de aplicación
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Edad
- Grado académico
- Diagnóstico psiquiátrico primario
- Diagnóstico (TDAH, trastornos ansiosos, trastornos depresivos, trastornos del comportamiento perturbador o control)
- Grupos diagnósticos (trastornos emocionales, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, control)
- Puntuación en la escala *Children's Depression Inventory* (CDI).
- Puntuación en la subescala cognitiva de la escala *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11)
- Puntuación en la subescala motora de la escala *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11)
- Puntuación en la subescala no planeada de la escala *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11)
- Puntuación de la escala visual analógica sobre el estado general (VAS general)
- Puntuación de la escala visual analógica de tristeza (VAS tristeza)
- Puntuación de la escala visual analógica de ansiedad (VAS ansiedad)
- Puntuación de la escala visual analógica de suspicacia (VAS suspicacia)
- Puntuación de la escala visual analógica de irritabilidad (VAS irritabilidad)
- Grupos de irritabilidad (grupo 1, grupo 2, grupo 3). Es una variable recodificada a partir de las puntuaciones en la escala visual analógica de irritabilidad. El

grupo 1 lo forman aquellos individuos cuya puntuación en la escala es igual o menor a 4, el grupo 2 aquéllos cuya puntuación es 5 y el grupo 3 aquéllos cuya puntuación es igual o mayor a 6.

En una primera fase se ha realizado un estudio descriptivo, con el objetivo de conocer las condiciones sociodemográficas, clínicas y psicométricas relacionadas con los individuos participantes. Seguidamente se llevó a cabo un análisis estadístico de las distintas variables referidas con el fin de dar respuesta a los objetivos del estudio. Se ha utilizado la variable “grupos de irritabilidad” y no las puntuaciones en la escala visual analógica de irritabilidad debido a la pequeña variabilidad existente en las puntuaciones de dicha escala.

Se ha realizado un ANCOVA controlando por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico para estudiar la relación entre grupos de irritabilidad y síntomas depresivos (medidos por la escala CDI), entre grupos de irritabilidad e impulsividad (medidos por la escala BIS-11 y sus tres subescalas) y entre grupos de irritabilidad y estado general y los síntomas de tristeza, ansiedad y suspicacia (medidos por sendas escalas visuales analógicas). Los grupos de irritabilidad es la variable independiente y las puntuaciones en la escala CDI, en la escala BIS-11 y en las escalas visuales analógicas de estado general, ansiedad, tristeza y suspicacia son las variables dependientes. Para saber si hay relación lineal o de otro tipo se ha realizado un test de tendencia. Para analizar la relación entre grupos de irritabilidad y los distintos trastornos psiquiátricos se ha realizado una regresión logística multivariante en la que la variable explicada o dependiente ha sido la probabilidad de tener o no cada uno de los trastornos respecto a controles y respecto al resto de los trastornos, la variable explicativa o independiente ha sido el grupo de irritabilidad y las covariables, la edad y el sexo. Se han obtenido intervalos de confianza al 95% para cada uno de los grupos de irritabilidad y, al igual que en los casos anteriores, se ha realizado un test de tendencia.

2.3. PROCEDIMIENTO

La población de estudio procede de niños y adolescentes atendidos en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz y de un grupo de controles. Esta unidad es el único dispositivo de tercer nivel para la atención psiquiátrica de la población menor de 18 años del sistema sanitario público de la provincia de Badajoz. Los equipos de salud mental infanto-juvenil en Extremadura son dispositivos que atienden a población menor de 18 años de forma ambulatoria que por su nivel de complejidad, especificidad de la patología o programación terapéutica no pueden ser atendidos en los dispositivos de atención primaria o salud mental de primer nivel, desde donde los pacientes pueden derivarse al equipo de salud mental infanto-juvenil (171).

La provincia de Badajoz tenía una población residente a 1 de enero de 2007³ de 674169 personas (49.53% varones y 50.47% mujeres), de los cuales 131190 eran menores de 18 años; de ellos el 51.12% eran varones y el 48.88% eran mujeres (172). Para nuestro estudio se seleccionaron participantes de una edad comprendida entre los 8 y los 17 años. En esta franja de edad encontramos 77333 personas, de los cuales el 51.12% eran varones y el 44.88 mujeres (172).

Forman parte de nuestro estudio 857 participantes, de los cuales 745 eran pacientes y 112 controles. De los controles, 7 (6.25% de los controles) eran familiares de pacientes atendidos en la unidad de salud mental infanto-juvenil, 3 (2.68% de los controles) eran pacientes ingresados o atendidos en consultas externas de pediatría y 102 (91.07% de los controles) eran alumnos de dos centros educativos de la ciudad de Badajoz. Para los casos se han seleccionado los pacientes atendidos por primera vez en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Edad comprendida entre 8 y 17 años
- 2) Diagnóstico principal de TDAH, trastornos depresivos, trastornos ansiosos o trastornos del comportamiento perturbador.

³ Se ha tomado esta fecha por ser el año central de la serie temporal estudiada (2004-2010).

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Diagnóstico secundario de retraso mental, trastorno psicótico o trastorno bipolar⁴.
- 2) Cualquier circunstancia que impidiera completar los cuestionarios o realizar las valoraciones.

A los controles se le administraron las escalas visuales analógicas de irritabilidad, tristeza, ansiedad, suspicacia y estado general, la escala BIS-11 y la escala CDI.

En el caso de los pacientes se les administraron las pruebas psicométricas y se elaboró el diagnóstico clínico según los criterios del DSM-IV-TR, por ser la edición del DSM vigente en los años en los que se llevó a cabo el estudio. El diagnóstico se realizó por dos profesionales de forma independiente (un psicólogo y un psiquiatra, o un psicólogo y un neuropsicólogo, o un psiquiatra y un neuropsicólogo). En todos los casos el diagnóstico fue consensuado.

Reflejamos a continuación los diagnósticos y sus agrupaciones de interés para la temática de este trabajo tal como viene recogida en el DSM-IV-TR.

- 1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - a) Retraso mental
 - b) Trastornos del aprendizaje
 - c) Trastornos de las habilidades motoras
 - d) Trastornos de la comunicación
 - e) Trastornos generalizado del desarrollo

⁴ Como aclaración, queremos señalar que aunque dentro de los trastornos afectivos puede considerarse el trastorno bipolar, éste no se ha seleccionado debido a la controversia que existe en torno a dicho diagnóstico en la población infanto-juvenil, así como por el escaso número de niños y adolescentes diagnosticados de trastorno bipolar en el equipo de salud mental infanto-juvenil de donde se ha obtenido la muestra. En este sentido estas cifras bajas son congruentes con las encontradas en la literatura, como por ejemplo, en el estudio realizado por Stringaris et al. a partir del *British Child and Adolescent Mental Health Survey* con una muestra de 5326 niños con edades comprendidas entre 8 y 19 años, sólo encontró a 7 que cumplieran los criterios DSM-IV para trastorno bipolar tipo I o II (196).

- f) Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:
 - i) Trastornos por déficit de atención con hiperactividad
 - ii) Trastorno disocial (*Conduct disorder*)
 - iii) Trastorno negativista desafiante
 - iv) Trastorno del comportamiento perturbador no especificado
 - g) Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez
 - h) Trastornos de tics
 - i) Trastornos de la eliminación (encopresis, enuresis)
 - j) Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:
 - i) Trastorno de ansiedad por separación
 - ii) Mutismo selectivo
 - iii) Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
 - iv) Trastorno de movimientos estereotipados
 - v) Trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificados
- 2) Trastornos del estado de ánimo:
- a) Episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco)
 - b) Trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado)
 - c) Trastornos bipolares (trastorno bipolar 1, trastorno bipolar 2, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado)
 - d) Otros trastornos del estado de ánimo (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y trastorno del estado de ánimo no especificado)
- 3) Trastornos de ansiedad:
- a) Crisis de angustia
 - b) Agorafobia
 - c) Trastorno de angustia (sin agorafobia o con agorafobia)
 - d) Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
 - e) Fobia específica
 - f) Fobia social
 - g) Trastorno obsesivo compulsivo

- h) Trastorno por estrés postraumático
 - i) Trastorno por estrés agudo
 - j) Trastorno de ansiedad generalizada (incluye el trastorno por ansiedad excesiva infantil)
 - k) Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
 - l) Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
 - m) Trastorno de ansiedad no especificado
- 4) Trastornos somatomorfos:
- a) Trastorno de somatización
 - b) Trastorno somatomorfo indiferenciado
 - c) Trastorno de conversión
 - d) Trastorno por dolor
 - e) Hipocondría
 - f) Trastorno dismórfico corporal
 - g) Trastorno somatomorfo no especificado
- 5) Trastornos disociativos:
- a) Amnesia disociativa
 - b) Fuga disociativa
 - c) Trastorno de identidad disociativo
 - d) Trastorno de despersonalización
 - e) Trastorno disociativo no especificado
- 6) Trastornos adaptativos

Siguiendo el modo tradicional de clasificación de la psiquiatría infanto-juvenil, el DSM-IV-TR y las actualizaciones del DSM-5, hemos realizado las siguientes agrupaciones diagnósticas primarias:

- 1) TDAH. Se incluyen los trastornos por déficit de atención con hiperactividad comprendidos en el capítulo “Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia”.
- 2) Trastornos ansiosos. Hemos incluido todos los trastornos que aparecen en los capítulos “Trastornos de ansiedad”, “Trastornos somatomorfos” y “Trastornos disociativos”, además del trastorno de ansiedad por separación y de trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificados cuando los síntomas ansiosos sean los principales.
- 3) Trastornos depresivos. Se incluyen los episodios depresivos mayores, los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado), otros trastornos del estado de ánimo —siempre que éste sea depresivo—, los trastornos adaptativos, el trastorno reactivo de la vinculación de la infancia, la niñez o la adolescencia y los trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificados cuando los síntomas depresivos sean los principales.
- 4) Trastornos del comportamiento perturbador. En este grupo se incluyen el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante, el trastorno del comportamiento perturbador no especificado y los trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificados cuando la sintomatología conductual sea la principal.

A su vez, y siguiendo las formas habituales de agrupación diagnóstica, hemos creado dos grupos diagnósticos. Por un lado, los trastornos emocionales (a los que clásicamente se les ha conocido como trastornos internalizantes) en los que incluimos los trastornos ansiosos y los trastornos depresivos. Y por otro lado, los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (los conocidos como trastornos externalizantes), donde hemos agrupado al TDAH y a los trastornos del comportamiento perturbador.

Este estudio ha contado con el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Badajoz, el cual se recoge, junto con el protocolo de investigación, en el anexo 21.

2.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se han utilizado las siguientes pruebas psicométricas:

Escala de Impulsividad de Barratt

La escala de impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*) es un instrumento autoaplicado para medir impulsividad que fue diseñada en el año 1959 por Patton, Standford y Barratt (173). Realizaron revisiones posteriores, siendo la actual la undécima (BIS-11). Existe una versión adaptada y validada para población hispana realizada por Oquendo et al. (174). La escala está formada por 30 ítems que se agrupan en 3 subescalas: cognitiva, motora e impulsividad no planeada.

La subescala cognitiva está compuesta por 8 ítems, la subescala motora por 10 y la subescala de impulsividad no planeada por 12 ítems. La subescala cognitiva aporta el 26% a la puntuación total de la escala BIS, la motora el 33.3% y la subescala de impulsividad no planeada el 40%.

Cada ítem tiene una puntuación que oscila entre 1 (si la característica no se presenta o lo hace raramente) y 4 (si la característica se presenta siempre o casi siempre). Teniendo en cuenta los ítems por subescala, la puntuación mínima de la subescala cognitiva sería de 8 y la máxima de 32. La puntuación mínima para la subescala motora es de 10 y la máxima de 40. La puntuación mínima para la subescala de impulsividad no planeada es de 12 y la máxima de 48. Por tanto, ya que la puntuación de la escala BIS es una suma de las 3 subescalas, su puntuación total oscilará entre una puntuación mínima de 30 y una máxima de 120.

Las puntuaciones de corte para la población hispana son de 9.5 para las subescalas cognitiva y motora, de 14 para la subescala de impulsividad no planeada y de 32.5 para la puntuación total (175).

Para adaptar la escala a las distintas edades de los participantes se han adaptado algunas preguntas. En lugar de “planifico mis viajes con antelación” (ítem 5) se ha preguntado “planifico mis excursiones antes de viajar”; en lugar de “soy una persona con autocontrol” (ítem 6) preguntamos “me controlo con facilidad”; en lugar de “ahorro con regularidad” (ítem 8), se pregunta “ahorro de mi paga con regularidad”; en lugar de “planifico para tener un trabajo fijo” (ítem 11), hemos preguntado “estudio para tener un trabajo en el futuro”; en lugar de “cambio de trabajo frecuentemente” (ítem 14) se pregunta “cambio de ambiente frecuentemente” y en lugar de “gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano” (ítem 25) se pregunta “quiero gastar más dinero de la paga de lo que gano”.

En el anexo 18 mostramos la versión validada en nuestro idioma de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11).

Escala *Children's Depression Inventory* (CDI)

El *Children's Depression Inventory* (CDI) fue diseñado por Maria Kovacs y está basado en el *Beck Depression Inventory* (BDI) de los adultos para facilitar el diagnóstico de depresión en niños y adolescentes. Es un cuestionario autoaplicado que valora la sintomatología depresiva en niños entre 7 y 17 años. Está formado por 27 ítems, con tres posibles respuestas por cada ítem que interroga por la situación del niño en las últimas dos semanas, pudiendo puntuar 0, 1 ó 2 en función de la gravedad (73).

Existe una versión reducida formada por 10 ítems, el *Children's Depression Inventory-Short* (CDI-S).

La escala CDI ha sido adaptada a la población española. El punto de corte para estudios clínicos se ha situado en 19, y de 17 como instrumento de *screening* (176).

En el anexo 19 se encuentra la escala *Children's Depression Inventory* (CDI) validada en español.

A pesar de ser cuestionarios autoaplicados, cuando administramos las escalas CDI y BIS-11 a niños de 6 y 7 años, puede ser necesario leerles cada ítem. Además, en niños con alta impulsividad, deberemos asegurarnos de que leen todos los ítems, para ello podemos pedirles que lo hagan en voz alta.

Escalas visuales analógicas

Las escalas visuales analógicas sirven para cuantificar la intensidad de un determinado síntoma. Una buena definición de escala visual analógica es la que ofrece *Pubmed* en su término tesoro *Visual analog scale*: “una escala de respuesta subjetiva psicométrica utilizada para medir distintos fenómenos fisiológicos o comportamentales basada en una línea de gradiente numérico o de alternativas de sí y no” (177). En el extremo izquierdo de la recta se sitúa la puntuación menor y en el extremo derecho la mayor. El paciente referirá la intensidad de un síntoma entre ambos extremos. Esta escala fue desarrollada por Huskisson en 1974 en su conocido estudio sobre el dolor, y tiene como ventajas que es una prueba simple, de fácil aplicación y que puede ser auto o heteroaplicada. Son escalas especialmente apropiadas para evaluar un solo síntoma, su facilidad permite su uso en sujetos de distintas edades y tienen como limitación la dificultad para comparar entre individuos (178).

Hemos utilizado una escala visual analógica ante la falta de instrumentos más específicos para medir la irritabilidad y además la hemos utilizado para medir el estado general y los síntomas de ansiedad, tristeza y suspicacia.

Escala visual analógica general

La escala visual analógica general se utilizó para valorar el estado general del niño o adolescente, a través de la pregunta “Comparado con tu estado habitual, ¿cómo te encuentras hoy en una escala de 0 a 10, siendo 0 mucho peor, 5 igual y 10 mucho mejor?”. En niños menores de 12 años, sustituimos la consigna general, reformulando la pregunta del siguiente modo: “señala si hoy te sientes con más (energía, salud, etc.), igual o peor que casi todos los días, siendo 0 peor, 5 igual y 10 mejor”.

Escala visual analógica de ansiedad

La escala visual analógica para ansiedad se utilizó para valorar la ansiedad en niños o adolescentes, a través de la pregunta “¿Cómo te encuentras de ansioso en una escala de 0 a 10 siendo 0 poco ansioso y 10 muy ansioso?”. En niños menores de 12 años o con dificultad para comprender dicho término, se reemplaza ansioso por nervioso, de la siguiente manera: “¿Cómo te encuentras de nervioso en una escala de 0 a 10 siendo 0 poco nervioso y 10 muy nervioso?”.

El rango de puntuación se sitúa entre 0 a 10, siendo 0 muy poca ansiedad y 10 la ansiedad más alta.

Escala visual analógica de tristeza

La escala visual analógica para tristeza se utilizó para valorar la tristeza en el niño o adolescente, a través de la pregunta “¿Cómo de triste te encuentras en una escala de 0 a 10 siendo 0 nada triste y 10 muy triste?”.

El rango de puntuación oscila entre 0 a 10, puntuando 0 si el niño se encuentra nada triste y 10 si se encuentra muy triste.

Escala visual analógica de suspicacia

La escala visual analógica para suspicacia se utilizó para medir suspicacia en el niño o adolescente, mediante la pregunta “¿Cómo te encuentras de suspicaz en una escala de 0 a 10, siendo 0 poco suspicaz y 10 muy suspicaz?”. En niños menores de 12 años o con dificultad de comprensión, sustituimos el término suspicacia por “desconfiado” o pedimos que valoren si creen que confían en los demás igual, más o menos que normalmente.

La puntuación tiene un rango de 0 a 10, siendo 0 nada suspicaz y 10 muy suspicaz.

Escala visual analógica de irritabilidad

La escala visual analógica para irritabilidad se utilizó para medir la irritabilidad en niños y adolescentes a través de la pregunta “¿Cómo te encuentras de irritable en una escala de 0 a 10 siendo 0 nada irritable y 10 muy irritable?”. En niños menores de 12 años o con dificultad de comprensión, se reemplaza el término irritable por “enfadón”. El rango de puntuación oscila entre 0 a 10, siendo 0 “que no está irritable” y 10 “que está muy irritable”.

En el anexo 20 mostramos las escalas visuales analógicas para estado general, y los síntomas ansiedad, tristeza, suspicacia e irritabilidad.

2.5. LIMITACIONES

En primer lugar nos referimos a la limitación de las escalas visuales analógicas, similares a la de la escala tipo Likert, que hemos utilizado para medir estado general, y los síntomas ansiedad, tristeza, suspicacia e irritabilidad. En estas escalas hay una tendencia en los encuestados a escoger la puntuación o la categoría intermedia, en nuestro caso el 5. Como explicación a esta tendencia se ha propuesto la aversión hacia los extremos (179). Se ha corregido esta limitación creando tres grupos en función de la puntuación en la escala visual analógica de irritabilidad, un grupo formado por aquellos individuos con puntuaciones inferiores a 5, otro con puntuaciones de 5 y por último un grupo formado por aquellos individuos con puntuaciones superiores a 5.

Nuestro trabajo presenta las limitaciones inherentes a todo estudio transversal, como la imposibilidad de estudiar la causalidad (180) (181). Asimismo, al tratarse de una muestra clínica no se han realizado los diagnósticos mediante entrevistas estructuradas sino del modo clínico habitual, aunque utilizando criterios diagnóstico del DMS-IV-TR, por ser la edición del DSM vigente en los años en los que se llevó a cabo el estudio.

3. RESULTADOS

Forman parte de la muestra un total de 857 individuos, 589 (68.73%) son varones y 268 (31.27%) son mujeres. Esta muestra estaba constituida por 745 pacientes y 112 controles, el 86.93% y el 13.07% respectivamente.

En la tabla 1 se muestra el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de nuestro estudio para controles y pacientes. Para el sexo se ha realizado la prueba de Chi-cuadrado y para la edad la prueba de T de Student.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para controles y pacientes.

Variable	Controles	Pacientes	p
Sexo	Varones= 52	Varones= 537	<0.001
	Mujeres= 60	Mujeres= 208	
Edad	11.036	11.474	0.057

A continuación exponemos en tablas la descripción de las variables cualitativas.

Tabla 2. Análisis descriptivo de los diagnósticos

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
TDAH	362	48.59%
Trastornos ansiosos	57	7.65%
Trastornos depresivos	176	23.62%
Trastornos del comportamiento perturbador	150	20.14%
Total	745	100%

Tabla 3. Análisis descriptivo de los grupos diagnósticos

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos emocionales	233	31.28%
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	512	68.72%
Total	745	100%

Tabla 4. Análisis descriptivo de la variable “grado académico”

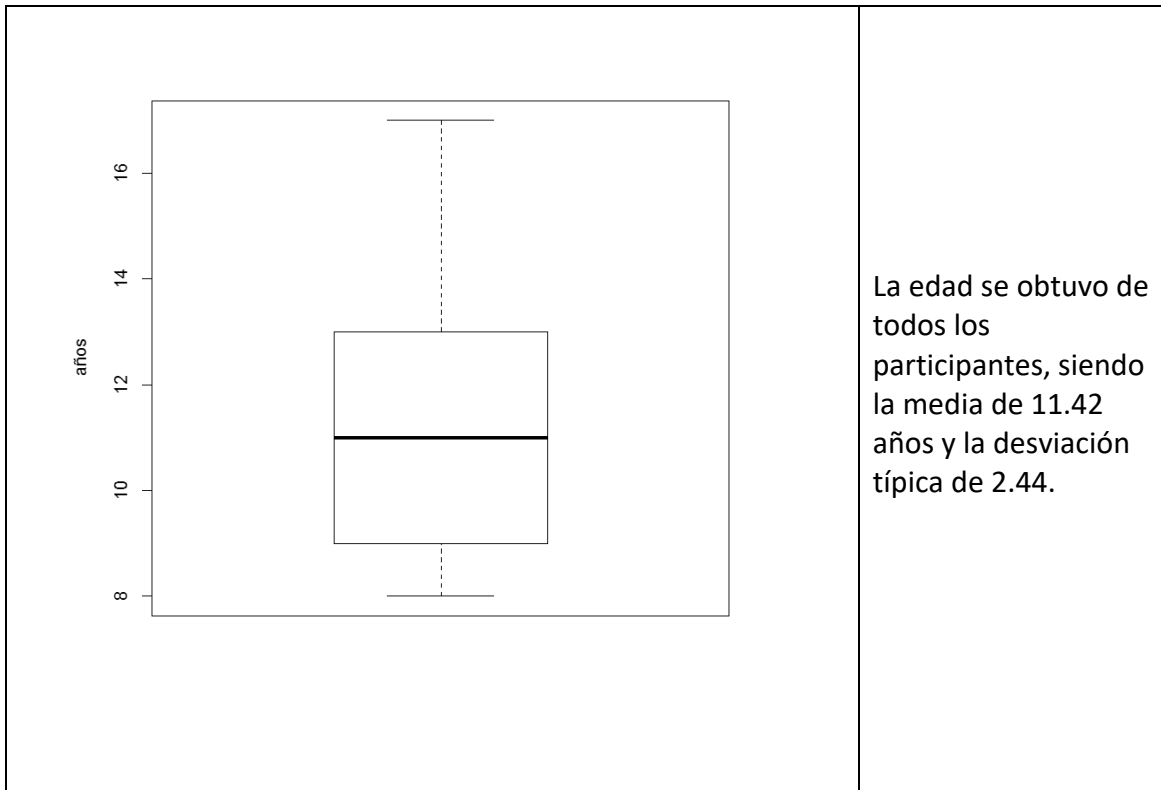
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Educación Primaria	483	56.36%
Educación Secundaria Obligatoria	360	42.01%
Educación Secundaria Postobligatoria	14	1.63%

Tabla 5. Análisis descriptivo de la variable grupos de irritabilidad.

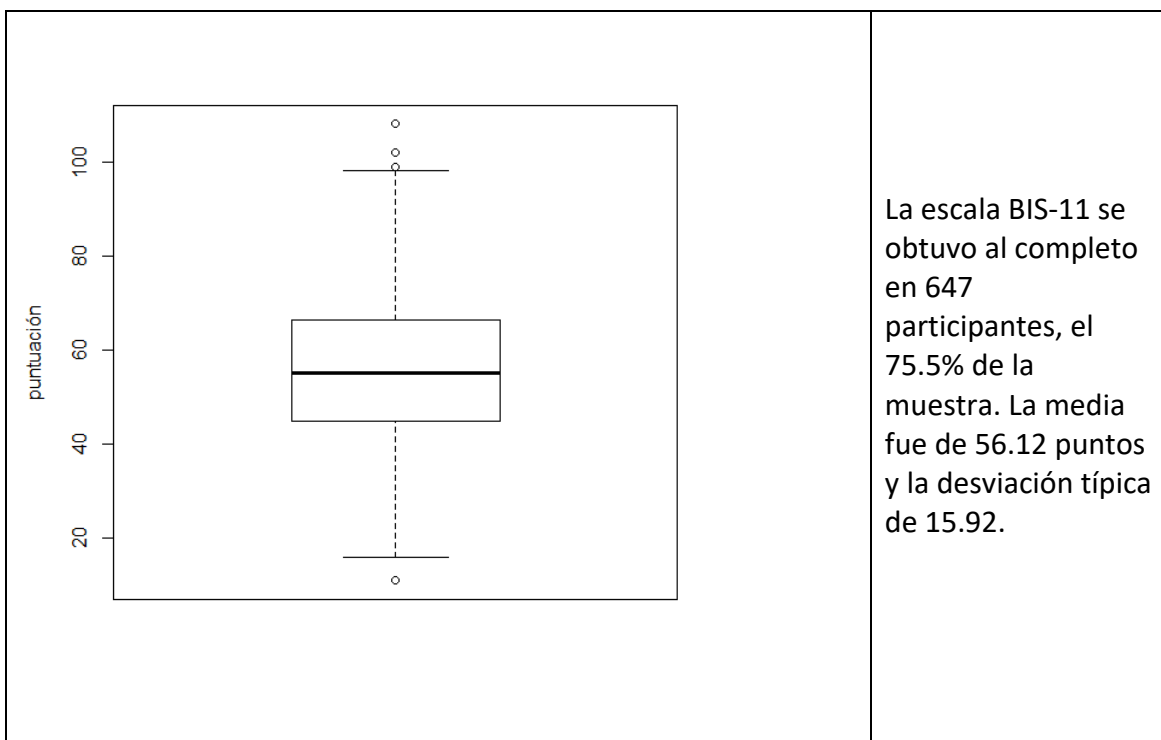
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1	93	10.85%
Grupo 2	548	63.94%
Grupo 3	216	25.20%

A continuación se exponen en gráficas las variables cuantitativas.

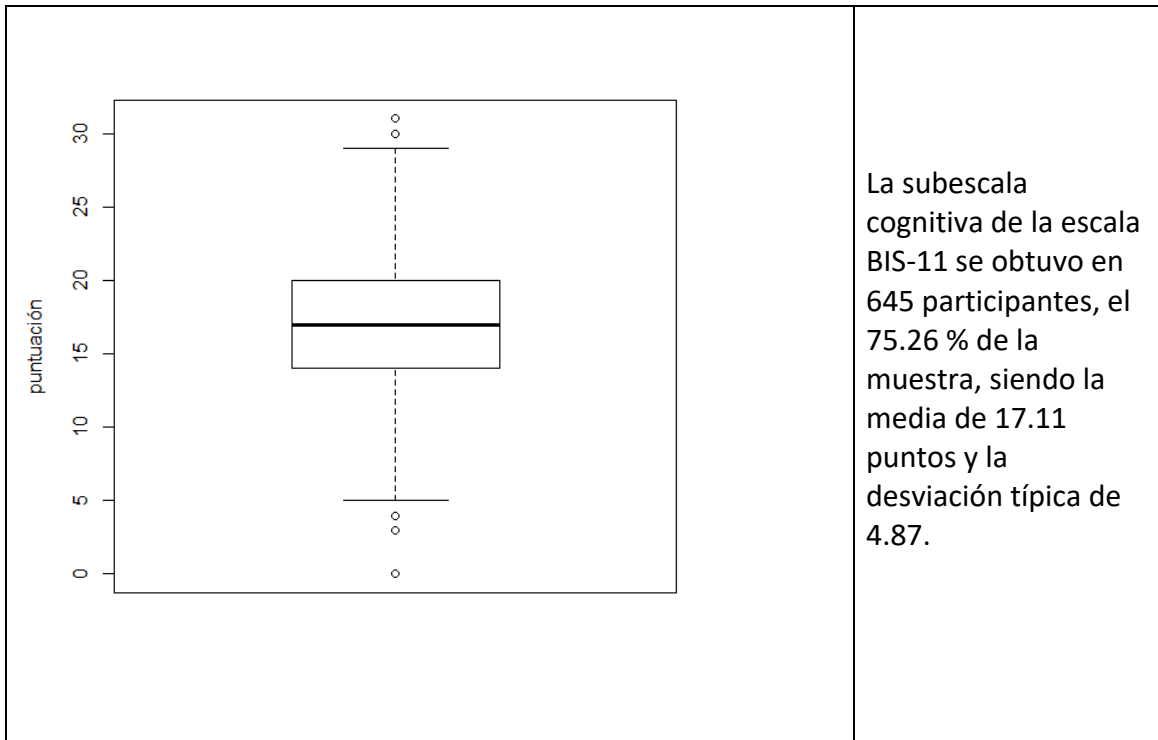
Gráfica 1. Edad.



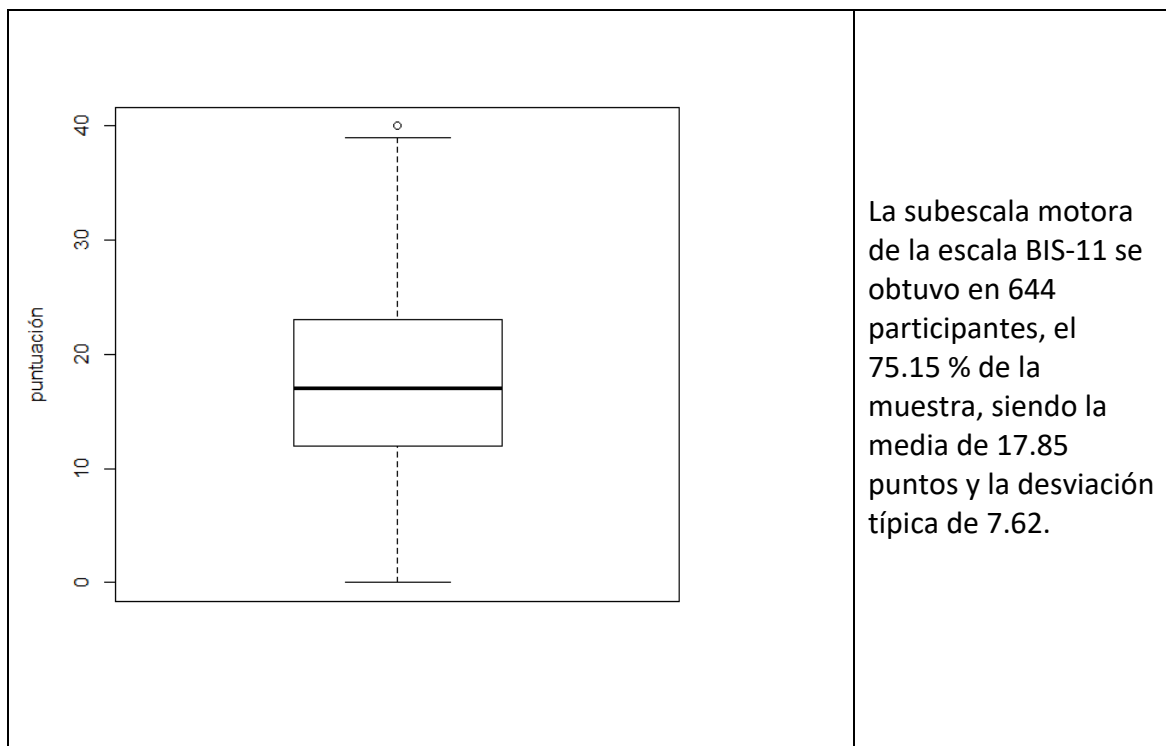
Gráfica 2. Escala BIS-11.



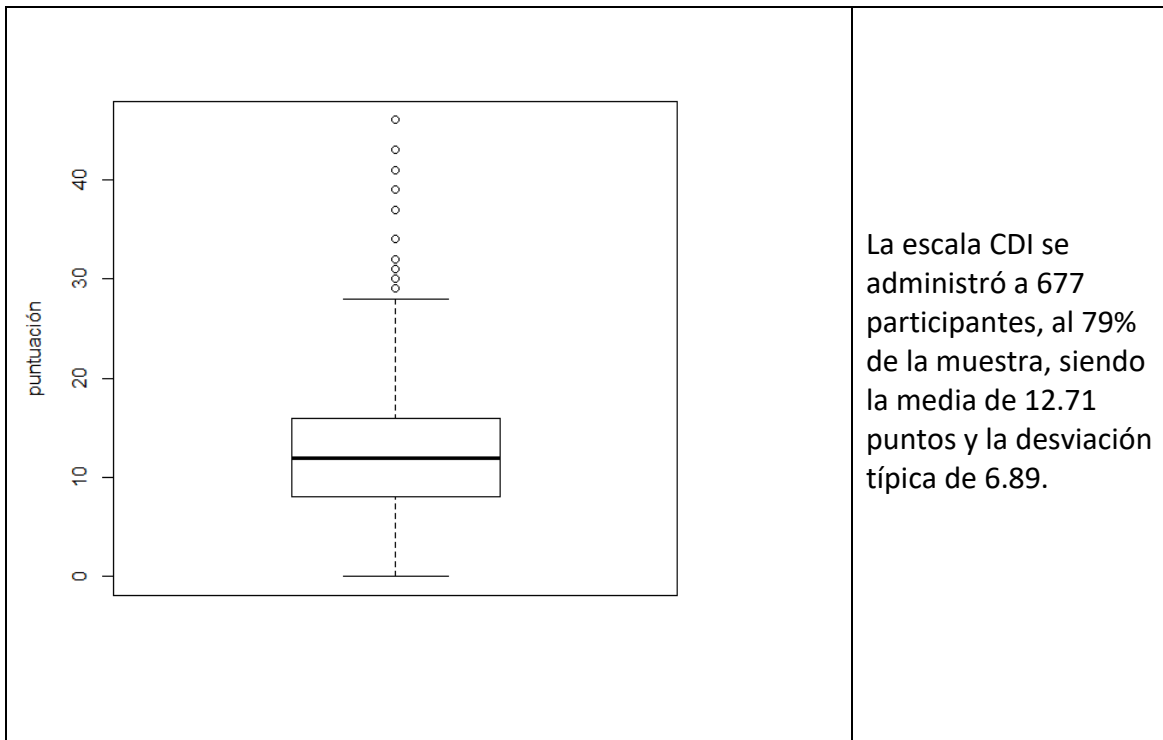
Gráfica 3. Subescala cognitiva de la escala BIS-11.



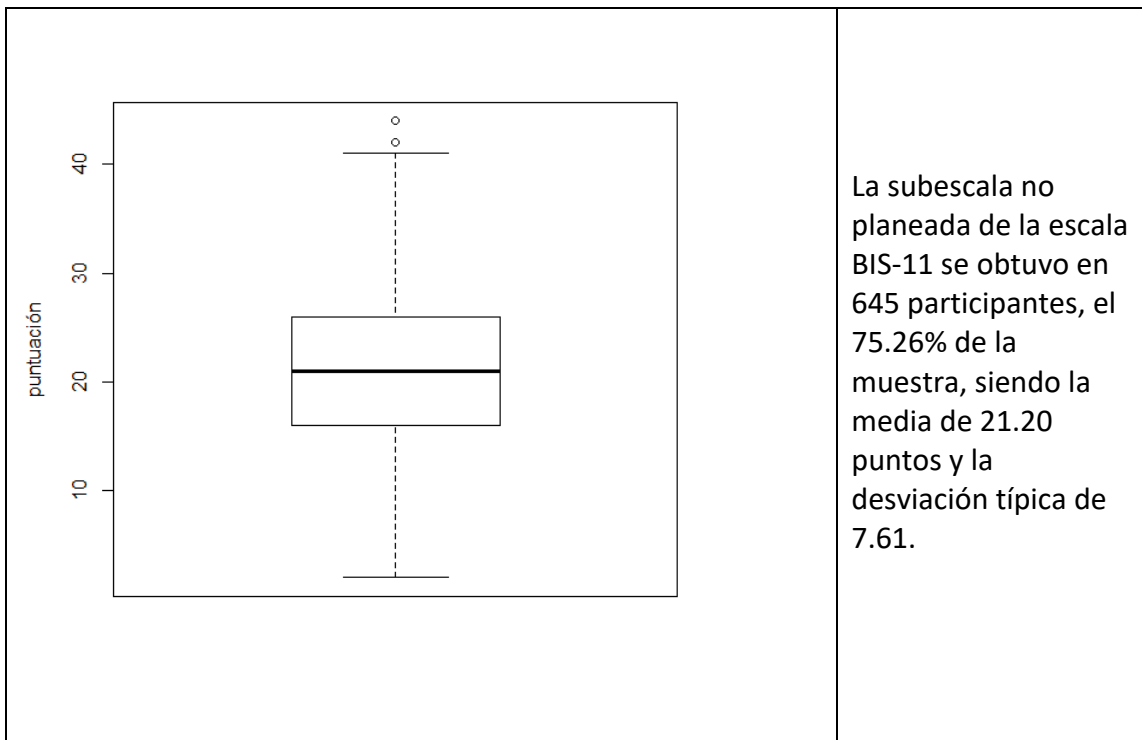
Gráfica 4. Subescala motora de la escala BIS-11.



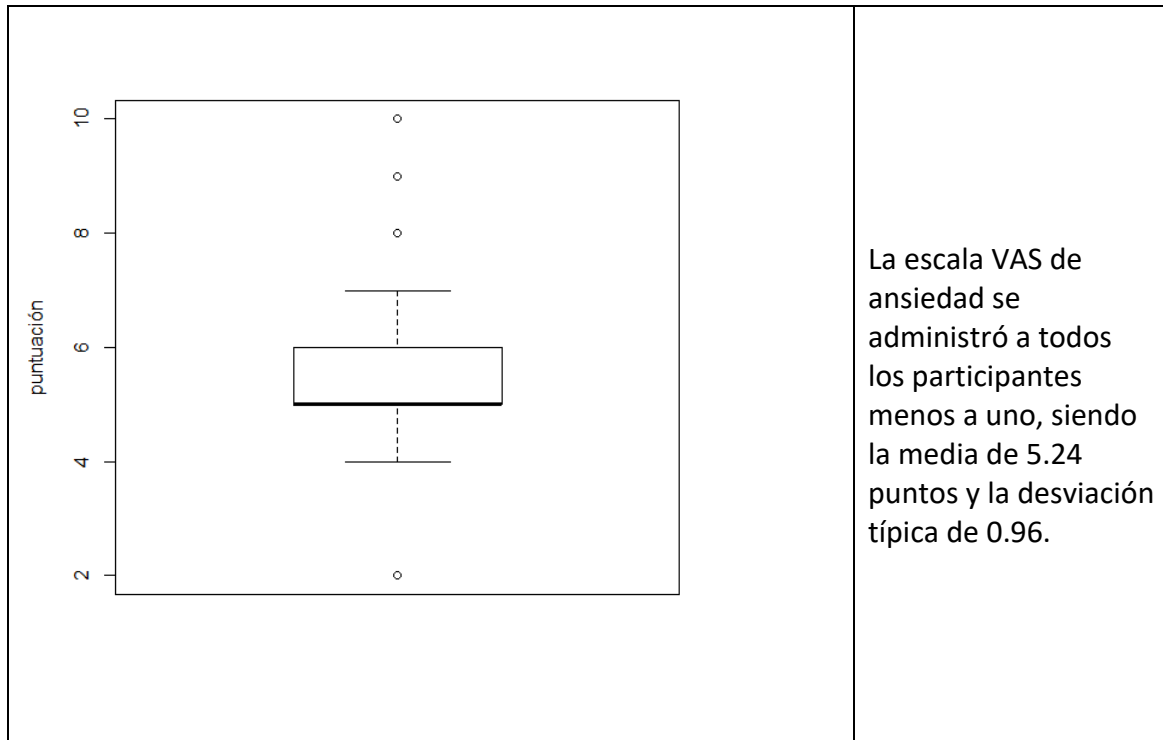
Gráfica 5. Subescala no planeada de la escala BIS-11.



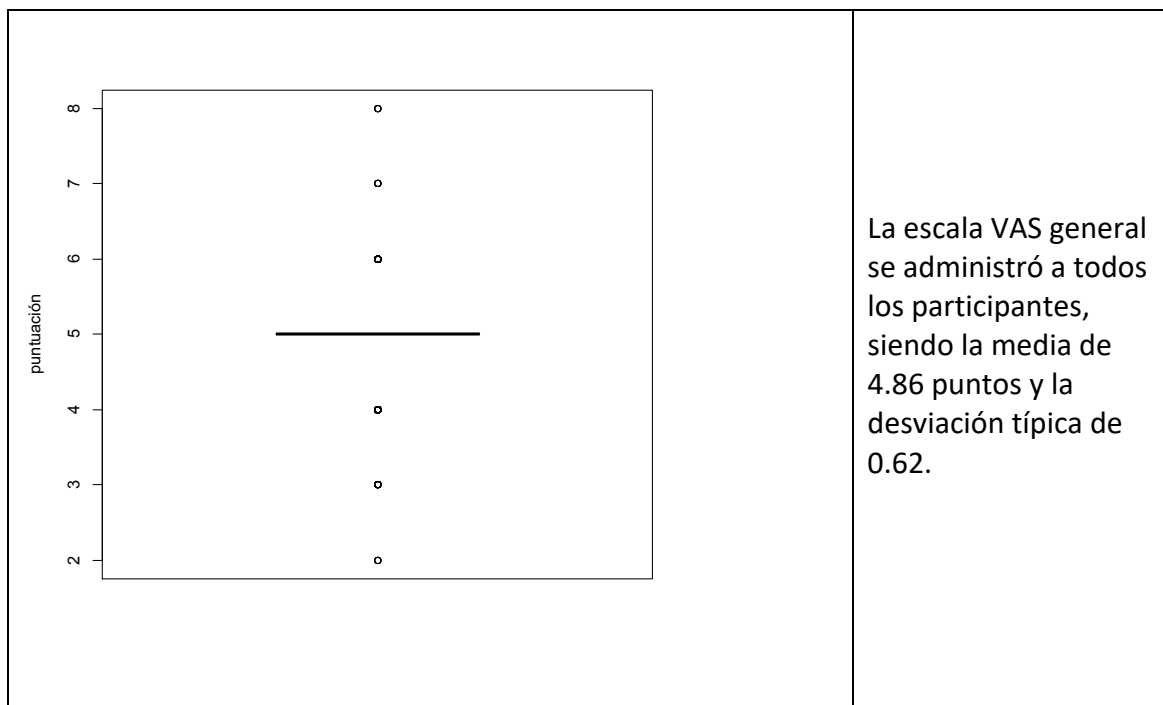
Gráfica 6. Escala CDI.



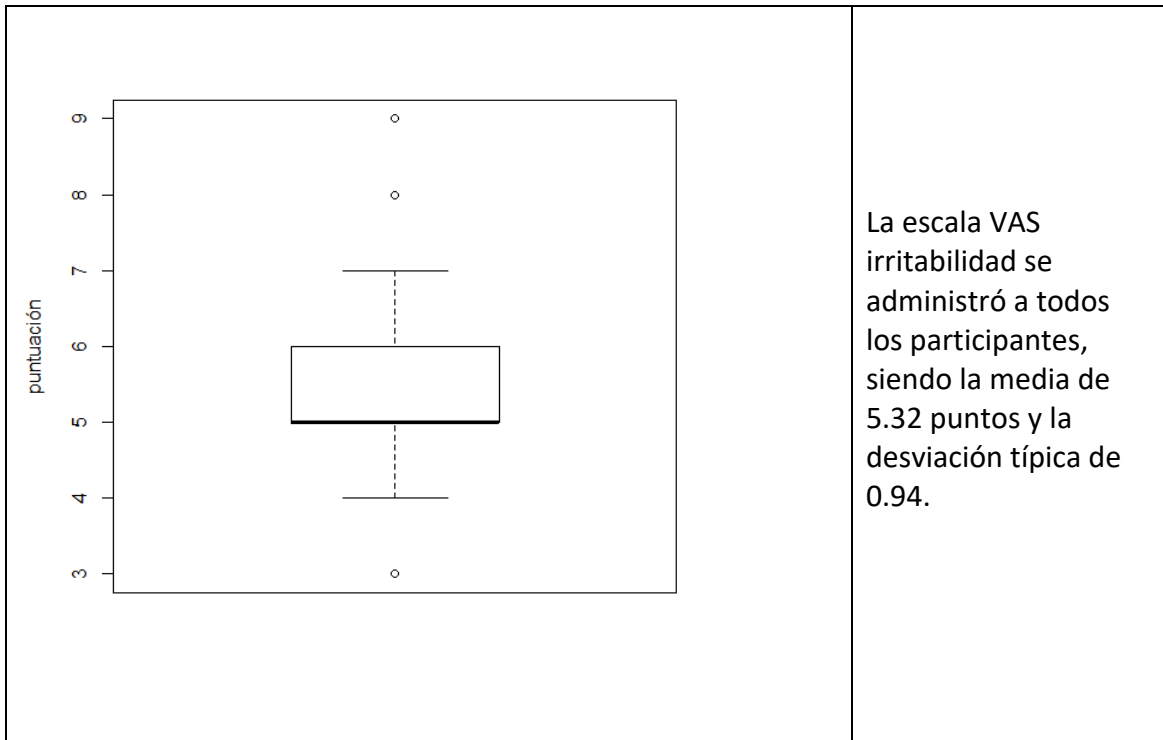
Gráfica 7. Escala VAS de ansiedad.



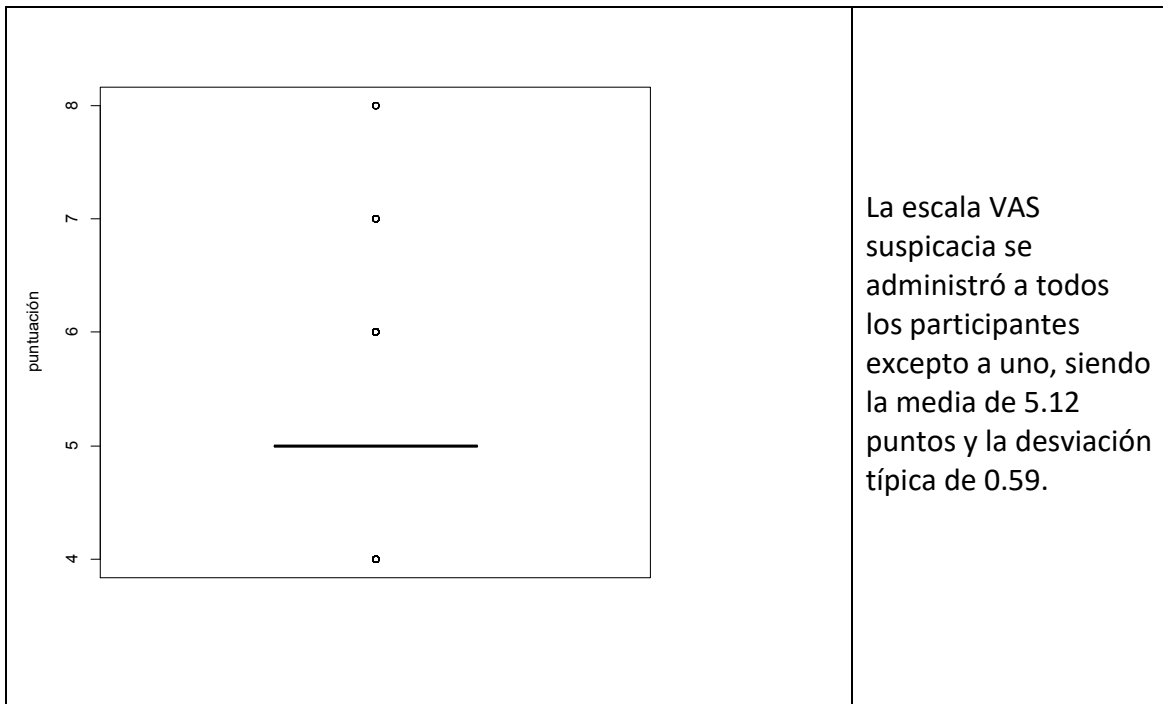
Gráfica 8. Escala VAS general.



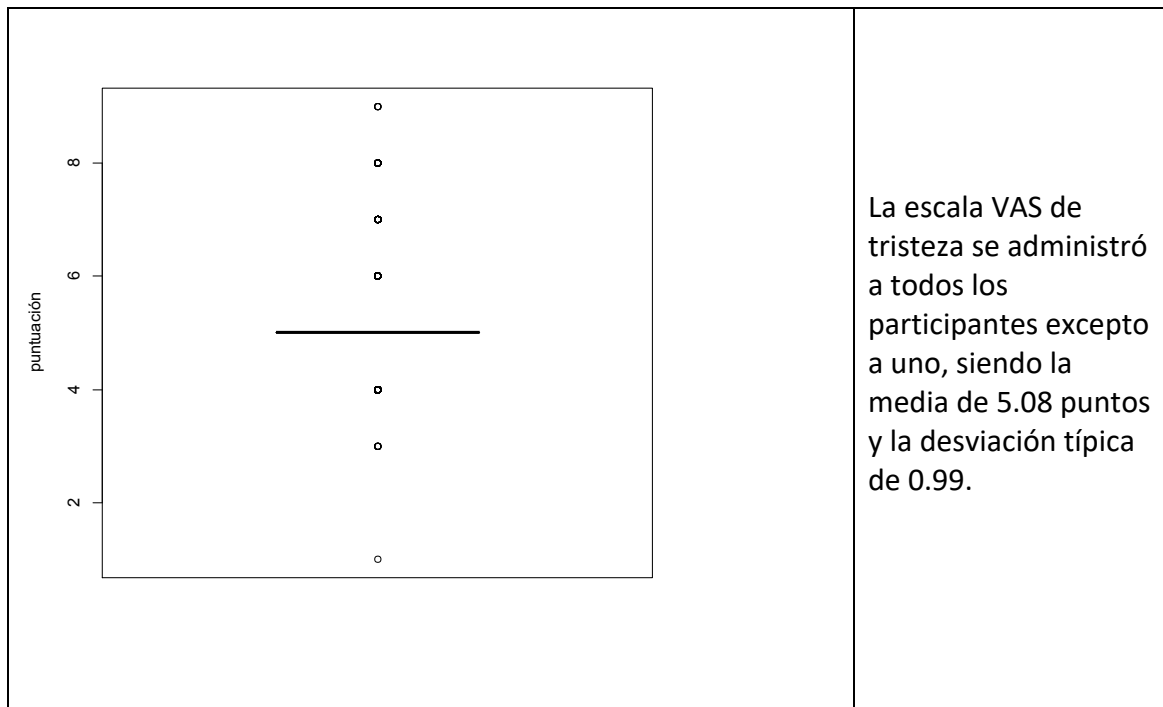
Gráfica 9. Escala VAS de irritabilidad.



Gráfica 10. Escala VAS de suspicacia.



Gráfica 11. Escala VAS de tristeza.



Relación entre irritabilidad y síntomas depresivos

Para analizar la relación entre irritabilidad y síntomas depresivos hemos tomado por un lado la variable categorizada de grupos de irritabilidad y las puntuaciones de la escala CDI. Se ha realizado un análisis ANCOVA controlando por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico. Los datos se han obtenido de los 677 individuos (57 de ellos controles y 620 pacientes) en los que se hallan recogidas las puntuaciones de la escala VAS irritabilidad y la CDI. Los datos se muestran en la tabla 6.

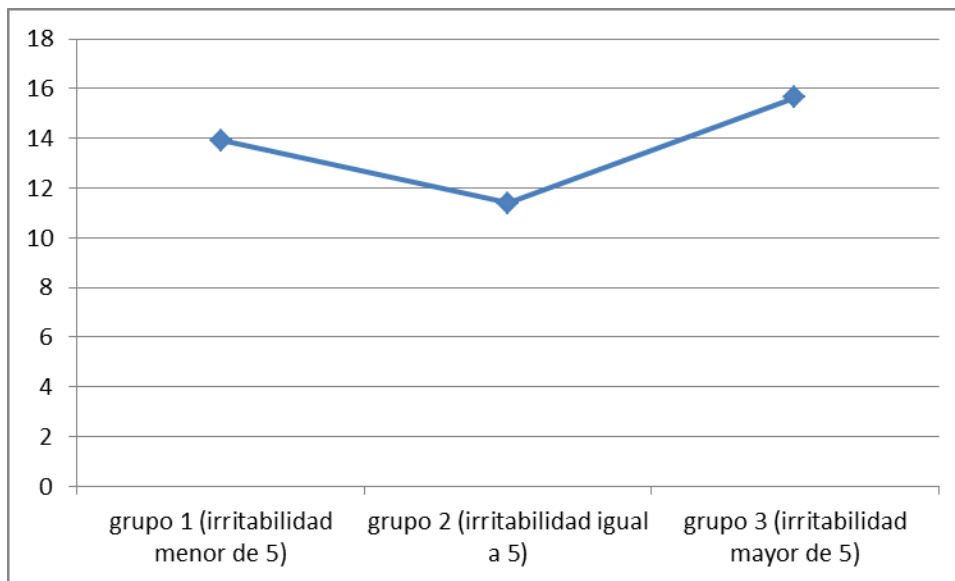
Tabla 6. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala CDI por grupos de irritabilidad.

Grupo de irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia*
1	13.91	12.35-15.47	<0.001
2	11.39	10.77-12.00	
3	15.66	14.66-16.66	

* p de tendencia cuadrática.

Como puede comprobarse se obtienen las puntuaciones más altas en la escala CDI en los grupos 1 y 3, es decir, en aquellos individuos con una puntuación de irritabilidad menor de 5 o mayor de 5. Por tanto, no parece haber una relación lineal entre irritabilidad y puntuaciones en CDI. En cuanto al análisis de tendencia, se obtiene significación estadística para relación cuadrática ($p < 0.001$), es decir, en forma de parábola o de U. La representación gráfica se muestra en la gráfica 12.

Gráfica 12. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala CDI.



Relación entre irritabilidad e impulsividad

Al igual que hemos procedido con los síntomas depresivos hemos analizado las puntuaciones en los tres grupos de irritabilidad y para evitar el efecto de los factores de confusión en el análisis de las variables se ha realizado un análisis ANCOVA controlando por edad, sexo y presencia o no de trastorno psiquiátrico.

La puntuación total de la escala BIS-11 se ha obtenido en 647 individuos, en todos salvo en dos se ha detallado las puntuaciones por subescalas, por lo que para el análisis de la escala BIS-11 se analizan a 647 individuos (592 pacientes y 55 controles) mientras que para las tres subescalas se analizan a 645.

Para la puntuación total de la escala BIS-11 se obtienen los resultados presentados en la tabla 7.

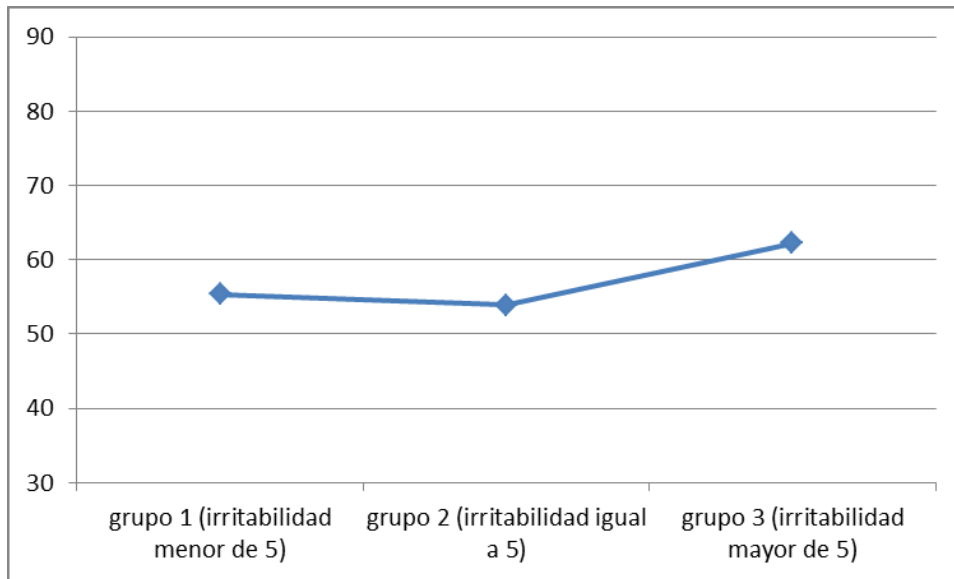
Tabla 7. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala BIS-11 por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia*
1	55.41	51.65-59.16	0.001
2	54.05	52.58-55.53	
3	61.76	59.37-64.14	

* p de tendencia cuadrática.

Podemos observar que las puntuaciones más altas en la escala BIS-11 se obtienen en los grupos 1 y 3, es decir, en aquellos individuos con una puntuación de irritabilidad menor de 5 o mayor de 5. De aquí se desprende que no parece haber una relación lineal entre irritabilidad y puntuaciones en BIS-11, lo que confirma la significación estadística para tendencia cuadrática.

Gráfica 13. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala BIS-11.



Las puntuaciones de la subescala cognitiva de la escala BIS-11 se han obtenido en 645 participantes, de los cuales 54 son controles y 591 son pacientes. Los resultados se presentan en la tabla 8.

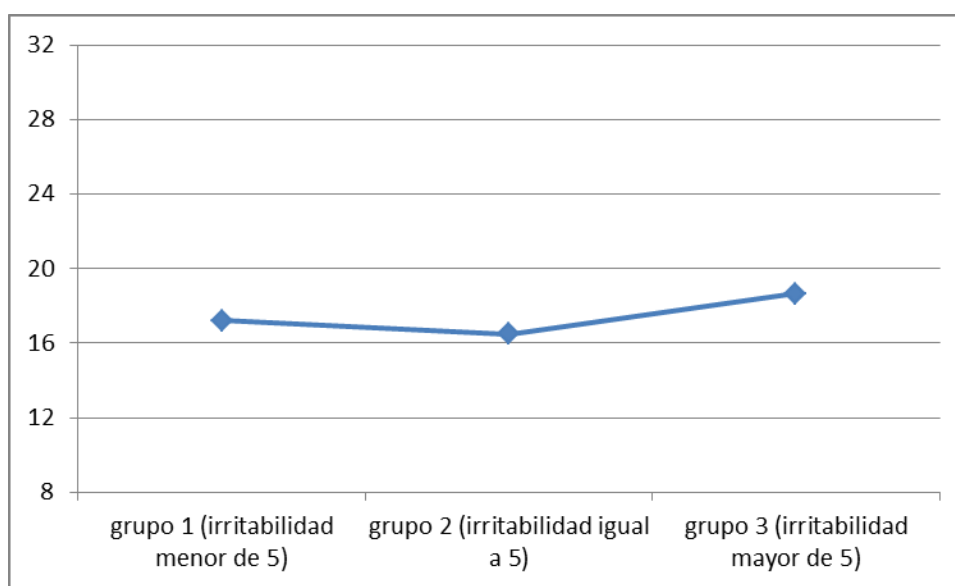
Tabla 8. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la subescala cognitiva de la escala BIS-11 por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia*
1	17.22	16.05-18.38	0.0012
2	16.52	16.07-16.98	
3	18.59	17.85-19.33	

* p de tendencia cuadrática

Las puntuaciones más altas en la subescala cognitiva de la escala BIS-11 se obtienen en los grupos 1 y 3 y, al igual que en el caso anterior, se obtiene una tendencia cuadrática estadísticamente significativa.

Gráfica 14. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la subescala cognitiva de la escala BIS-11.



Las puntuaciones de la subescala motora de la escala BIS-11 se han obtenido en 644 participantes, de los cuales 54 son controles y 590 son pacientes. Los resultados se presentan en la tabla 9.

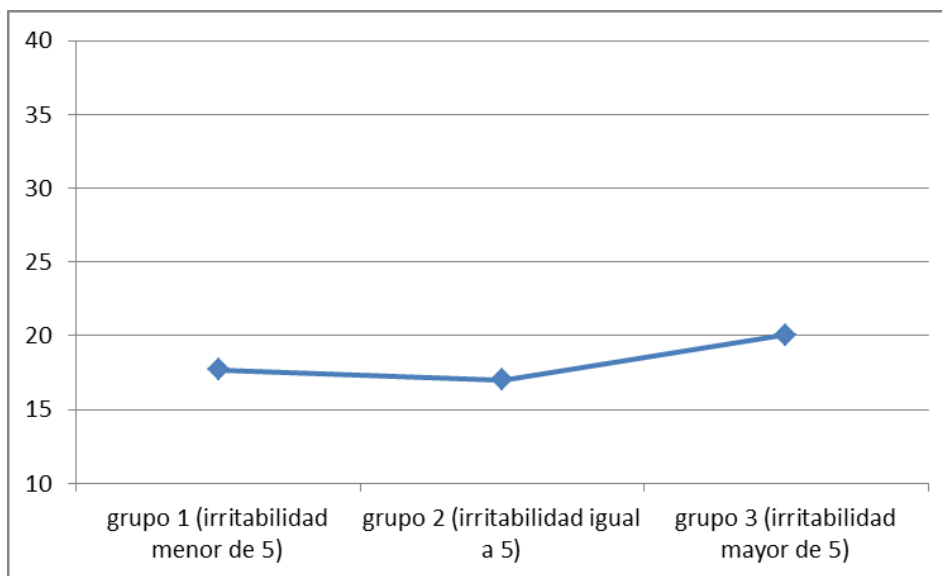
Tabla 9. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la subescala motora de la escala BIS-11 por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia*
1	17.71	15.88-19.88	0.0117
2	17.10	16.38-17.82	
3	19.85	18.69-21.01	

* p de tendencia cuadrática.

Las puntuaciones más altas en la subescala motora de la escala BIS-11 se obtienen en los grupos 1 y 3, aunque las diferencias entre los grupos 1 y 2 son de apenas 6 décimas. La tendencia cuadrática es estadísticamente significativa.

Gráfica 15. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la subescala motora de la escala BIS-11.



Las puntuaciones de la subescala de impulsividad no planeada de la escala BIS-11 se han obtenido en 645 participantes, de los cuales 54 son controles y 591 son pacientes. Los resultados se presentan en la tabla 10.

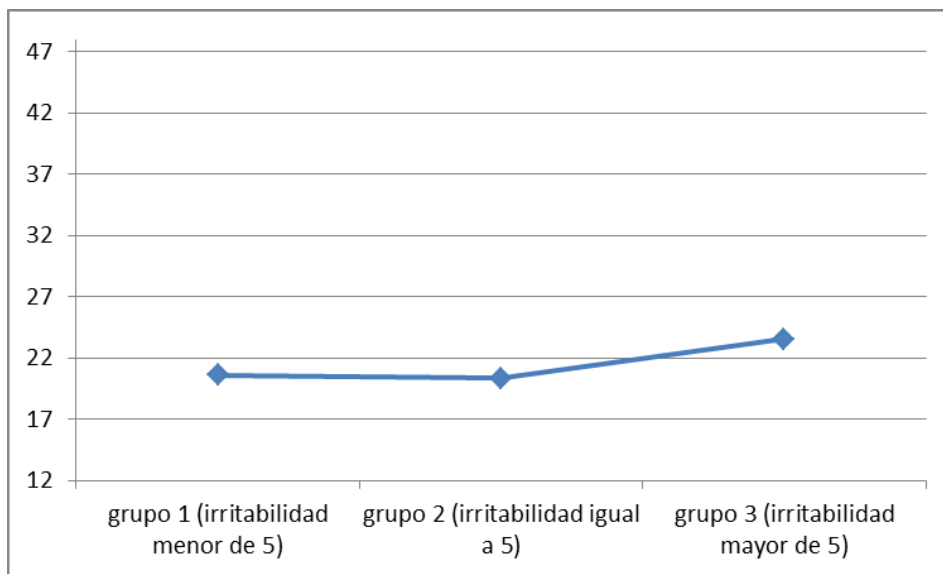
Tabla 10. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la subescala no planeada de la escala BIS-11 por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia*
1	20.64	18.83-22.46	0.0131
2	20.44	19.73-21.16	
3	23.38	22.22-24.53	

* p de tendencia cuadrática.

Las puntuaciones más altas en la subescala de impulsividad no planeada de la escala BIS-11 se obtienen en los grupos 1 y 3, aunque las diferencias entre los grupos 1 y 2 son mínimas, de menos de 3 décimas. La p de tendencia cuadrática es estadísticamente significativa.

Gráfica 16. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la subescala de impulsividad no planeada de la escala BIS-11.



Se han obtenido los diagnósticos en la totalidad de los pacientes del estudio, es decir, en 745 individuos. Para todos los casos el grupo de irritabilidad 1 (irritabilidad menor de 5) es la categoría de referencia para la variable grupo de irritabilidad. Se ha ajustado por edad y sexo. En la tabla 11 se muestran las *odds ratios* (OR) para grupos de irritabilidad y los distintos trastornos comparando cada trastorno con el resto de los trastornos. En la tabla 12 se muestran las *odds ratios* (OR) para grupos de irritabilidad y los grupos diagnósticos comparados entre sí. En la tabla 13 se muestran las OR para grupos de irritabilidad y los trastornos comparados con controles y en la tabla 14 se muestran las OR para grupos de irritabilidad y los grupos diagnósticos comparados con controles.

Tabla 11. *Odds ratios* e intervalos de confianza para la asociación de grupos de irritabilidad y trastornos psiquiátricos (comparados con el resto de los trastornos) ajustados por edad y sexo.

Trastorno	Grupo 1	Grupo 2		Grupo 3		p
		OR	IC	OR	IC	
TDAH	1	1.07	0.63-1.80	0.41	0.23-0.73	<0.001
Trastornos depresivos	1	1.10	0.58-2.21	2.02	1.04-4.16	0.003
Trastornos ansiosos	1	0.92	0.39-2.53	0.91	0.35-2.68	0.890
Trastorno del comportamiento perturbador	1	0.94	0.49-1.92	1.62	0.82-3.39	0.021

Tabla 12. *Odds ratios* e intervalos de confianza para la asociación de grupos de irritabilidad y grupos diagnósticos (comparados entre sí) ajustados por edad y sexo.

Grupo diagnóstico	Grupo 1	Grupo 2		Grupo 3		p
		OR	IC	OR	IC	
Trastornos emocionales	1	1.03	0.58-1.89	1.77	0.97-3.55	0.007
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	1	0.96	0.53-1.71	0.56	0.29-1.04	0.007

Tabla 13. *Odds ratios* e intervalos de confianza para la asociación de grupos de irritabilidad y trastornos psiquiátricos frente a controles, ajustados por edad y sexo.

Trastorno	Grupo 1	Grupo 2		Grupo 3		p
		OR	IC	OR	IC	
Trastorno en general	1	0.99	0.53-1.84	3.19	1.40-7.28	0.001
TDAH	1	1.03	0.52-2.03	2.14	0.86-5.31	0.084
Trastornos depresivos	1	1.21	0.53-2.76	5.83	2.16-15.71	<0.001
Trastornos ansiosos	1	0.90	0.31-2.63	2.90	0.83-10.14	0.038
Trastorno del comportamiento perturbador	1	1.00	0.41-2.43	4.81	1.69-13.64	<0.001

Tabla 14. *Odds ratios* e intervalos de confianza para la asociación de grupos de irritabilidad y grupos diagnósticos frente a controles, ajustados por edad y sexo.

Trastorno	Grupo 1	Grupo 2		Grupo 3		p
		OR	IC	OR	IC	
Trastornos emocionales	1	1.07	0.50-2.28	4.67	1.84-11.85	<0.001
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	1	0.97	0.50-1.87	2.59	1.09-6.13	0.015

En la tabla 15 se muestran las medias ajustadas por edad y sexo de las puntuaciones en la escala VAS de irritabilidad para los controles y los distintos trastornos y en las gráficas 17 y 18 su representación gráfica.

Tabla 15. Medias ajustadas por edad y sexo de las puntuaciones en la escala VAS de irritabilidad para los controles y los distintos trastornos y grupos diagnósticos.

Controles y Trastornos	Media	Intervalos de confianza	p
Controles	5.02	4.85-5.19	categoría de referencia
Trastorno en general	5.37	5.30-5.44	0.002
TDAH	5.16	5.06-5.26	0.16
Trastornos depresivos	5.59	5.46-5.73	<0.001
Trastornos ansiosos	5.39	5.16-5.63	0.011
Trastorno del comportamiento perturbador	5.59	5.44-5.74	<0.001
Trastornos emocionales	5.54	5.42-5.66	<0.001
Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador	5.29	5.21-5.37	<0.001

En todos los casos no se han obtenido diferencias significativas de padecer un trastorno frente al resto de los trastornos o frente a controles entre el grupo de irritabilidad 1 y el grupo 2. La significación estadística, cuando se alcanza, se ha hallado siempre entre el grupo 3 y el 1, que es el de comparación.

La media de la puntuación en la escala VAS de irritabilidad para trastorno en general es de 5.37 (IC al 95%= 5.30-5.44) y estadísticamente significativa frente a los controles. La OR de tener un trastorno en general frente a no tenerlo (comparando con controles) no es estadísticamente significativa para el grupo 2, aunque sí para el grupo 3, siendo la OR de 3.19. Esto es, la probabilidad de padecer un trastorno en general en pacientes del grupo de alta irritabilidad (grupo 3) es 3.19 veces la del grupo de comparación, el grupo 1. De modo que a mayor irritabilidad mayor probabilidad de tener un trastorno en general, lo que refuerza el hecho de que la p de tendencia lineal sea estadísticamente significativa ($p=0.001$).

Para el TDAH se obtiene una media de irritabilidad de 5.16 (IC al 95%= 5.06-5.26) que no es estadísticamente significativa respecto a los controles ($p=0.16$), tampoco lo es la OR de padecer TDAH según el grupo de irritabilidad si el grupo de comparación lo forman los controles. En cambio, sí hay diferencias estadísticamente significativas para el grupo 3 de irritabilidad y padecer un trastorno diferente al TDAH, OR de 0.41 (IC al 95%= 0.23-0.73).

En relación a los trastornos depresivos se obtiene una media de irritabilidad de 5.59 (IC al 95%= 5.46-5.73), siendo esta diferencia respecto a controles estadísticamente significativa ($p<0.001$). Cuando se compara la probabilidad de padecer un trastorno depresivo frente a otro trastorno se obtiene para el grupo 3 una OR de 2.02 (IC al 95%= 1.04-4.16) y cuando se compara con controles se obtiene una OR de 5.83 (IC al 95%= 2.16-15.71), obteniéndose en ambos casos una p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

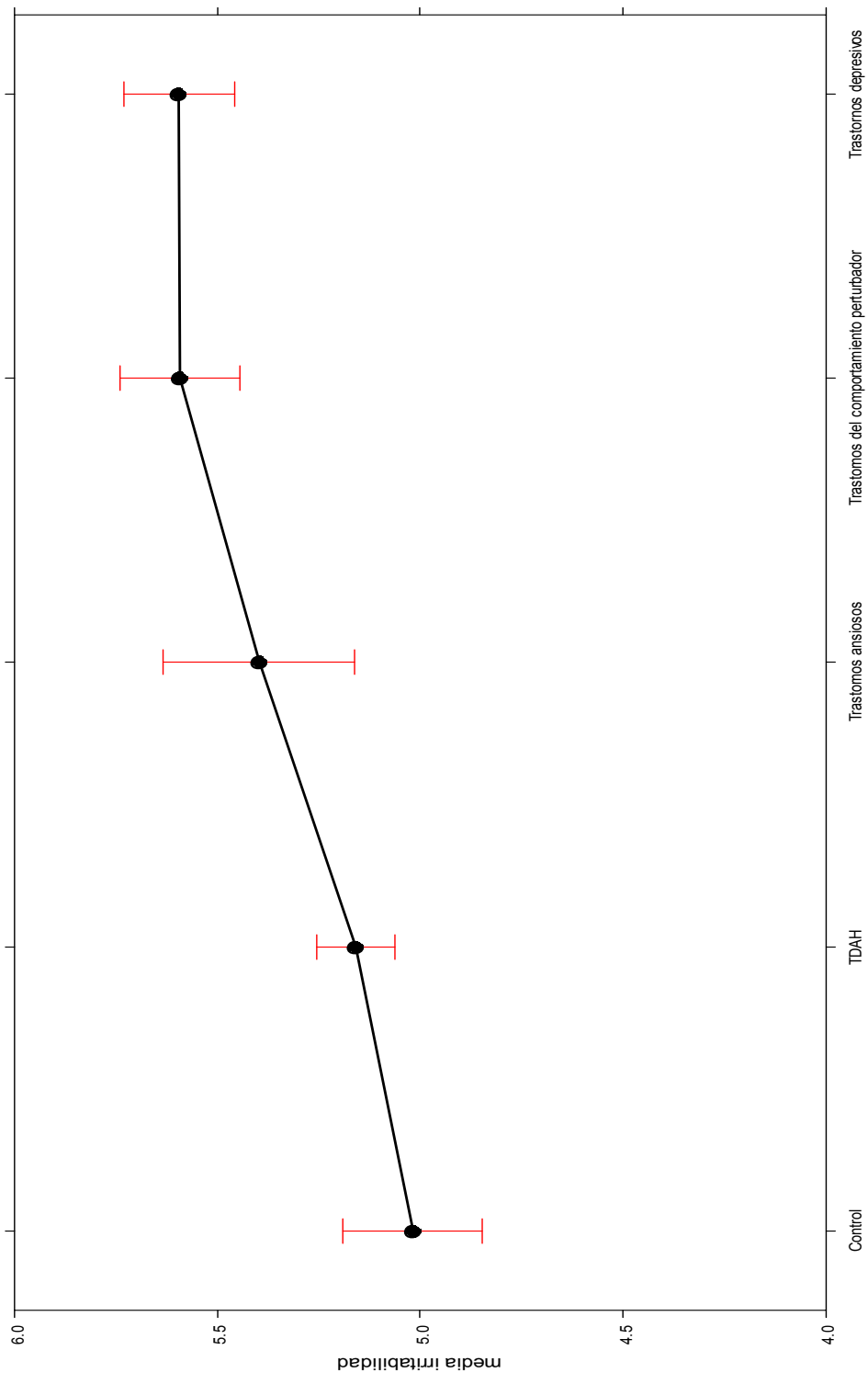
En el caso de los trastornos ansiosos no se obtienen diferencias estadísticamente significativas para padecerlos en función de los grupos de irritabilidad tanto si se compara con controles como con el resto de trastornos; sin embargo, sí se obtiene una p de 0.011 para la media de la puntuación en la escala VAS de irritabilidad (5.39, IC al 95%= 5.16-5.63) en relación con los controles.

La media de la puntuación en la escala VAS de irritabilidad para los trastornos del comportamiento perturbador es estadísticamente significativa respecto a la de los controles y tiene un valor de 5.59 (IC al 95%= 5.44-5.74). No se obtienen diferencias estadísticamente significativas para la OR de padecer un trastorno del comportamiento perturbador frente al resto de los trastornos para ninguno de los grupos de irritabilidad; sin embargo, cuando se comparan frente a controles, sí se obtiene, para el grupo 3, una OR de 4,81 (IC al 95%= 1.69-13.64) y una p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

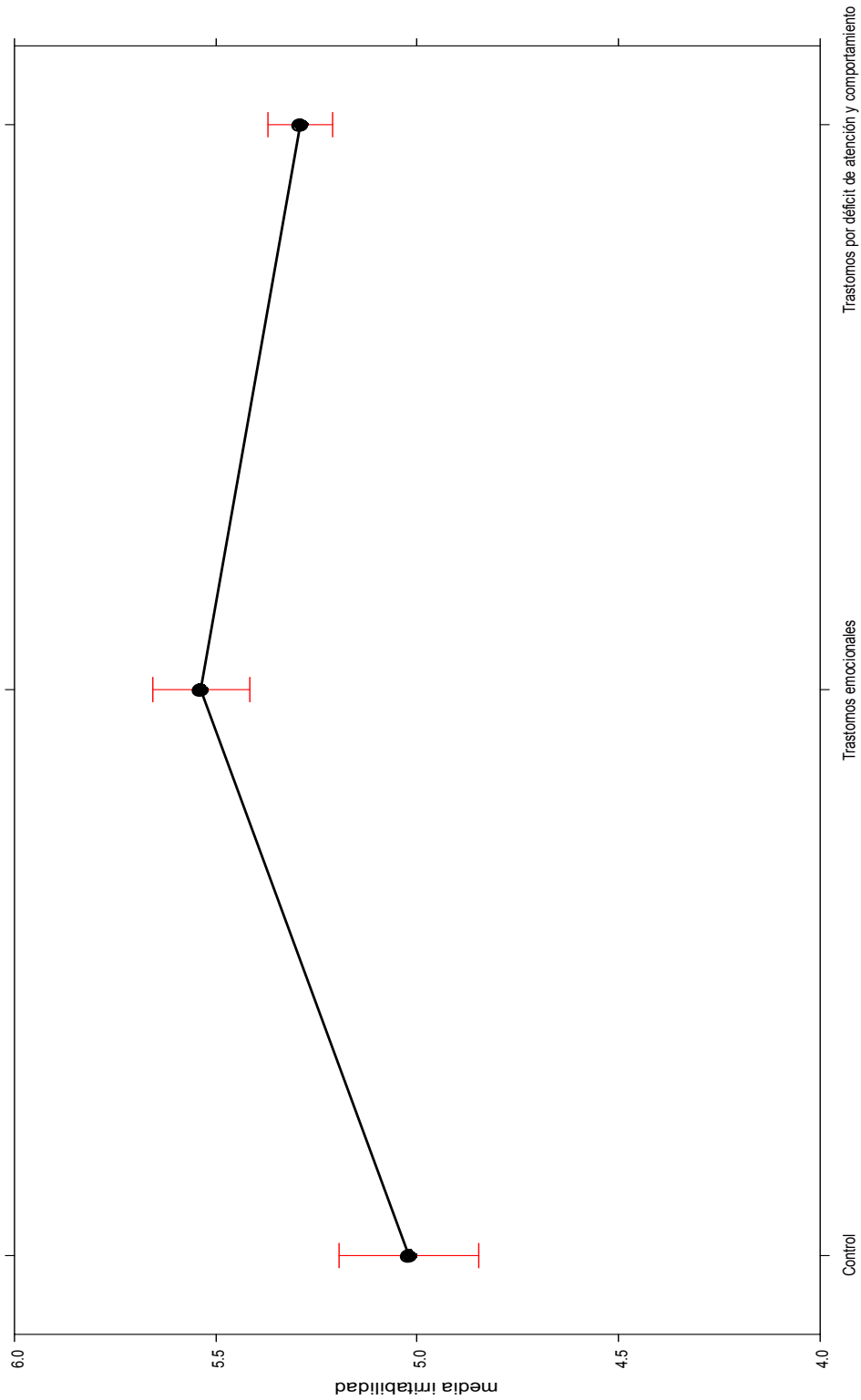
El grupo de los trastornos emocionales está formado por los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos. La media de la puntuación en la escala VAS de irritabilidad es estadísticamente significativa y es de 5.54 (IC al 95%= 5.42-5.66). La OR de padecer un trastorno emocional frente al resto de los trastornos no es estadísticamente significativa para el grupo 2, tampoco lo es para el grupo 3; sin embargo, el extremo inferior del intervalo es de 0,97, cercano a 1, y la p de tendencia lineal es estadísticamente significativa. Si se compara con los controles sí se obtiene una OR alta, de 4.67 (IC al 95%= 1.84-11.85) con una p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

Los trastornos del comportamiento perturbador y el TDAH conforman el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador cuya puntuación media en la escala VAS de irritabilidad es de 5.29 (IC al 95%= 5.21-5.37) siendo estadísticamente significativa. La OR de padecer un trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador no es significativa según el grupo de irritabilidad si se compara con el resto de los trastornos, es decir, los trastornos emocionales. En cambio sí se obtiene significación estadística para el grupo 3 de irritabilidad y padecer un trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador frente a los controles, siendo la OR de 2.59 (IC al 95%= 1.09-6.13) y la p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

Gráfica 17. Medias ajustadas por edad y sexo de las puntuaciones en la escala VAS de irritabilidad para los controles, TDAH, trastornos ansiosos, trastornos depresivos y trastornos del comportamiento perturbador.



Gráfica 18. Medias ajustadas por edad y sexo de las puntuaciones en la escala VAS de irritabilidad para los controles y las agrupaciones diagnósticas trastornos emocionales y trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.



Relación entre irritabilidad y estado general, ansiedad, tristeza y suspicacia.

Hemos estudiado la relación entre los tres grupos de irritabilidad y las puntuaciones en las escalas visuales analógicas para estado general y los síntomas de ansiedad, tristeza y suspicacia.

Los resultados del ANCOVA para la relación entre grupos de irritabilidad y estado general se muestran en la tabla 16. Se han obtenido puntuaciones en los 857 individuos de la muestra. Cabe recordar que una puntuación mayor en esta escala implica un mejor estado general.

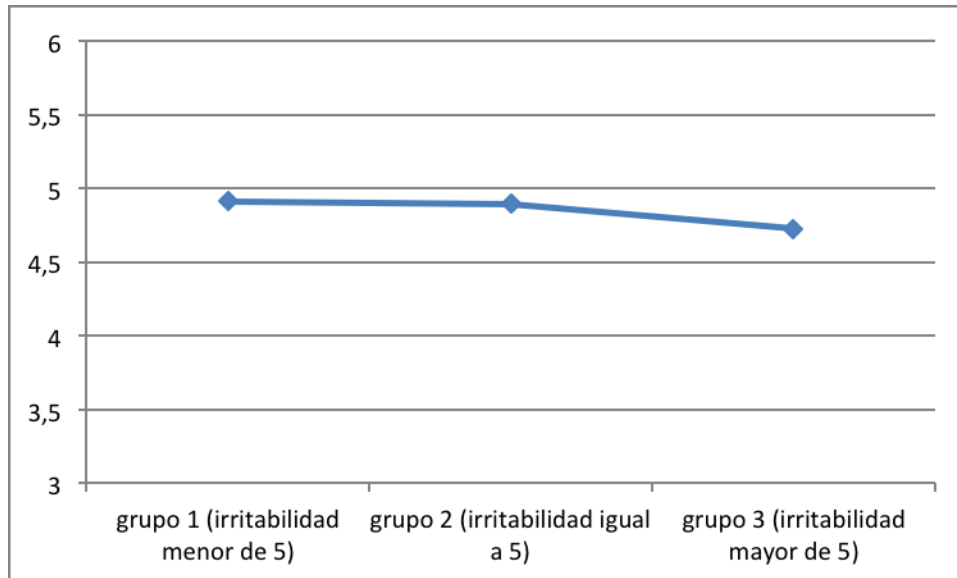
Tabla 16. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala visual analógica de estado general por grupos de irritabilidad.

Grupo de irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia
1	4.91	4.79-5.04	0.0147
2	4.90	4.85-4.95	
3	4.73	4.64-4.81	

* p de tendencia lineal.

La media de puntuación en estado general es mayor en el grupo 1, decrece en el grupo 2 y es aún menor en el grupo 3. Esta tendencia lineal se confirma con la p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

Gráfica 19. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala VAS – general.



Los resultados del ANCOVA para la relación entre grupos de irritabilidad y el síntoma ansiedad se muestran en la tabla 17. Se han obtenido puntuaciones en 856 individuos de la muestra.

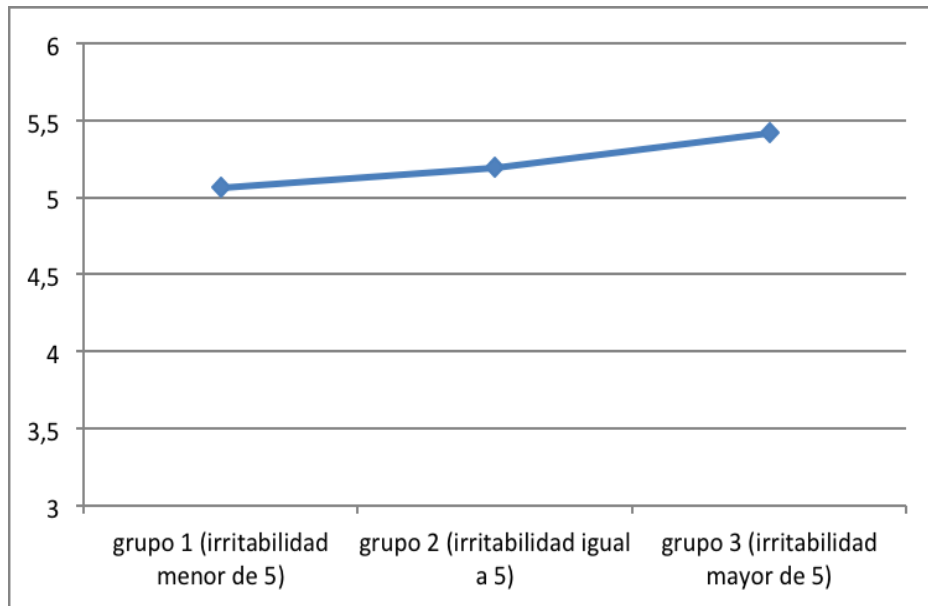
Tabla 17. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala visual analógica de ansiedad por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia
1	5.06	4.87-5.26	0.0027
2	5.20	5.12-5.28	
3	5.42	5.29-5.55	

* p de tendencia lineal.

Podemos observar que a medida que aumenta el grupo de irritabilidad también lo hace el síntoma ansiedad, siendo esta tendencia lineal estadísticamente significativa ($p=0.0027$).

Gráfica 20. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala VAS – ansiedad.



Los resultados del ANCOVA para la relación entre grupos de irritabilidad y tristeza se muestran en la tabla 18. Se han obtenido puntuaciones en 856 individuos de la muestra.

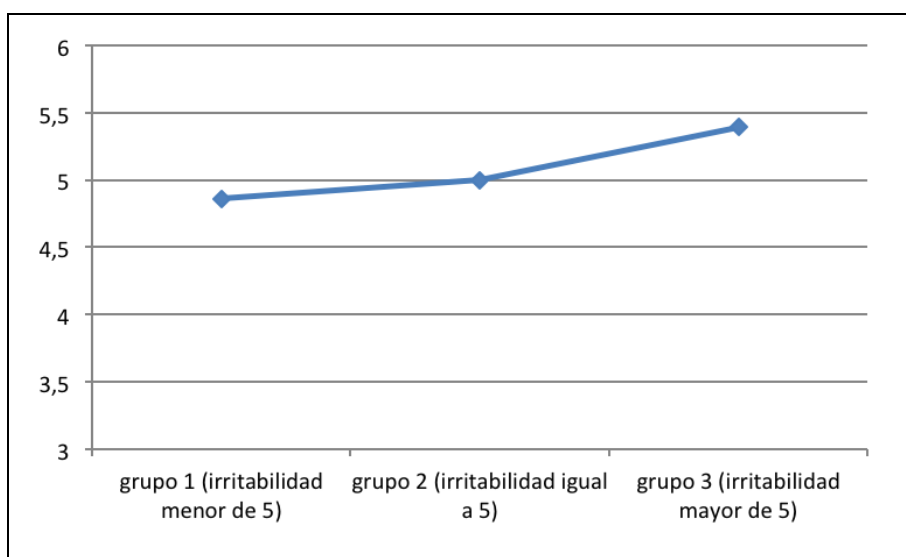
Tabla 18. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala visual analógica de tristeza por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia
1	4.86	4.66-5.06	<0.001
2	4.99	4.92-5.08	
3	5.40	5.26-5.53	

* p de tendencia lineal.

Como ocurre en el caso anterior, a medida que aumenta el grupo de irritabilidad también lo hace la puntuación media del síntoma tristeza, siendo la tendencia lineal estadísticamente significativa.

Gráfica 21. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala VAS – tristeza.



Los resultados de las medias ajustadas de suspicacia por grupos de irritabilidad ajustados por edad y sexo se muestran en la tabla 19. Se han obtenido puntuaciones en 856 individuos de la muestra.

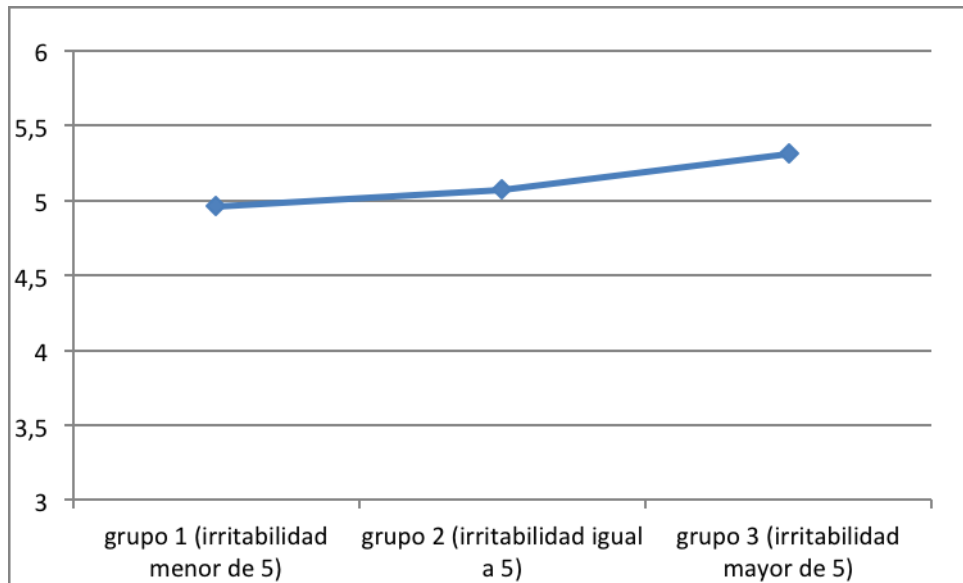
Tabla 19. Medias ajustadas por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico de las puntuaciones en la escala visual analógica de suspicacia por grupos de irritabilidad.

Grupo irritabilidad	Media	Intervalo de confianza al 95%	P de tendencia
1	4.96	4.85-5.08	<0.001
2	5.07	5.02-5.12	
3	5.32	5.24-5.39	

* p de tendencia lineal.

Podemos comprobar que a mayor grupo de irritabilidad mayor puntuación en la escala de suspicacia, siendo la p de tendencia lineal estadísticamente significativa.

Gráfica 22. Relación entre grupos de irritabilidad y puntuaciones en la escala VAS – suspicacia.



4. DISCUSIÓN

IRRITABILIDAD Y SINTOMAS DEPRESIVOS

Las medias ajustadas de la puntuación de la escala *Children's Depression Inventory* (CDI) para los distintos grupos de irritabilidad fueron los siguientes: para el grupo 1: 13.9; para el grupo 2: 11.4 y para el grupo 3: 15.7; mostrando una asociación cuadrática. Como podemos observar en ninguno de los grupos se supera el punto de corte clínico en la escala CDI (19 puntos), lo que cabe esperar puesto que en nuestra muestra sólo un 20.54% de los pacientes tiene un diagnóstico de depresión y las medias se han obtenido del total de la muestra.

Los resultados obtenidos muestran una relación estadísticamente significativa entre irritabilidad y síntomas depresivos. Hay otros estudios que sustentan esta relación, que se ha explicado por factores genéticos y ambientales (79) (149). Entre estos estudios encontramos el de Holtzman et al., que utilizaron la correlación entre irritabilidad y síntomas depresivos como criterio para validar la escala de irritabilidad *Brief Irritability Test (BITe)* (147). Pedrelli et al. (77) utilizaron la escala *Beck Depression Inventory* (BDI) para medir la irritabilidad en adultos jóvenes empleando el ítem número 11 de la citada escala (cuya puntuación puede oscilar entre 0 y 3). Consideraron que los individuos que puntuaban 0 ó 1 no presentaban irritabilidad o ésta era moderada; y que aquéllos que puntuaban 2 presentaban irritabilidad severa; excluyendo la puntuación de 3 puesto que significaba que el individuo no presentaba irritabilidad. Estos investigadores hallaron una relación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos e irritabilidad y comprobaron que los individuos con irritabilidad severa presentaban mayor intensidad de síntomas depresivos que aquéllos sin irritabilidad o con irritabilidad moderada. Sin embargo no ha aparecido en otros estudios una asociación entre irritabilidad y síntomas depresivos de forma cuadrática como hallamos nosotros.

En este sentido, hemos de considerar que el mayor número de individuos de nuestro estudio presentaba una puntuación de 5 en la escala VAS de irritabilidad. Cabe pensar que, como ocurre al usar una escala visual analógica, hay una tendencia a contestar 5, o

el valor medio, por considerarlo como lo normal, como la ausencia de la característica por la que se pregunta o por la inclinación a huir de los extremos. Esto podría implicar que los niños “sin irritabilidad” den el valor de 5 cuando deberían haber dado en su lugar el valor de 0. Por otro lado, y reforzando este argumento, encontramos que en el análisis de la relación entre los grupos de irritabilidad con los distintos trastornos no haya diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 y 2, es decir, entre aquéllos que tienen una irritabilidad de 5 o menor de 5; lo que apoya la explicación de que puntuar 5 o menos de 5 puede ser equivalente a considerar que no se está irritable.

También existe una explicación que puede justificar los valores más altos en la escala CDI para individuos con mayor y menor irritabilidad sin tener en cuenta las limitaciones de la escala visual analógica. En este caso se debería al hecho de que la irritabilidad no se asocie necesariamente a la depresión, lo cual implica que pueda haber niveles altos de síntomas depresivos con niveles bajos de irritabilidad. De hecho, el 50% de las depresiones en población infanto-juvenil cursan sin irritabilidad, por tanto, puede esperarse una puntuación alta en la escala CDI junto a una puntuación baja en irritabilidad (80). Stringaris et al. llevan hasta el 58.7% las depresiones que cursan con humor deprimido y sin irritabilidad (78). Además se ha hallado que la irritabilidad se asocia al trastorno negativista desafiante de manera significativa, y la observación clínica sugiere que la irritabilidad y la depresión son dos estados de ánimo diferentes (10). Todo lo anterior apoya la consideración de la irritabilidad como un síntoma transdiagnóstico, es decir, asociado a varias entidades psicopatológicas, y no sólo asociada a la depresión (10).

IRRITABILIDAD E IMPULSIVIDAD

Hemos tomado la impulsividad como un síntoma paradigmático de los trastornos del comportamiento que se ha medido con la escala BIS-11. Esta escala, como ya hemos dicho, está formada por tres subescalas (motora, cognitiva y de impulsividad no planeada); la puntuación de la escala es la suma de la puntuación de cada una de las tres subescalas.

Hay que señalar los altos niveles de impulsividad para el conjunto de la muestra: la puntuación media de la escala Barratt para el total de la muestra es de 56.12; casi 24 puntos mayor que la puntuación de corte recomendada por Oquendo et al. para población hispana —que se sitúa en 32.5— (174). Sin embargo, no hay un punto de corte consensuado (182). Estos altos niveles de impulsividad podrían explicarse porque el 60% de la muestra está formada por pacientes con trastornos del comportamiento perturbador y TDAH, en los cuales la impulsividad es alta. No obstante, entre los controles la puntuación media en la escala BIS-11 es también superior a la puntuación de corte; en este caso la media es de 46.96 mientras que sólo un 12% de los controles tiene una puntuación por debajo de la de corte, lo que confirma la alta impulsividad de la muestra. Tenemos que indicar como una posible explicación a la alta puntuación en la escala BIS-11 de los controles que muchos de ellos procedían de familiares de pacientes y, por tanto, pueden compartir una genética y un ambiente comunes.

En este sentido podemos señalar que la escala BIS-11 fue concebida inicialmente para adultos. En población adulta sana se han hallado puntuaciones medias incluso mayores a las que obtenemos en nuestro estudio. Por ejemplo, en un reciente estudio realizado con población adulta sana estadounidense la media total de la escala fue de 59.18 (desviación típica=9.54), consistente con otras investigaciones (183). No obstante, la escala BIS-11 se ha utilizado sistemáticamente en niños y adolescentes (184) (185) (186) (187) (188) (189), estudiándose sus propiedades psicométricas en adolescentes sanos de edades comprendidas entre 13 y 19 años en China (190) e Italia (191). En este último estudio se halló una buena consistencia interna (alfa de Cronbach= 0.78), con una media de 66.5 puntos (desviación estándar= 9.9). Por tanto, nuestros resultados, a pesar de ser más altos que los puntos de corte para población hispana se hallan por debajo de las puntuaciones de otros estudios.

Como hemos dicho, la puntuación de la escala BIS-11 es la suma de las puntuaciones de las tres subescalas (motora, cognitiva y de impulsividad no planeada). Cada una de estas subescalas reflejan tres factores de segundo orden, tradicionalmente considerados como dimensiones de la impulsividad, compuesto cada uno de ellos de dos factores de primer orden. El factor de segundo orden “impulsividad atencional o cognitiva” (medido en la subescala cognitiva) consta de los factores de primer orden “atención” e “inestabilidad

cognitiva”; el primero se refiere a centrarse en tareas realizadas en ese momento y el segundo a pensamientos intrusivos. El factor de segundo orden “impulsividad motora” (medido en la subescala motora) consta de los factores de primer orden “impulsividad motora” y “de perseverancia”; el primero de ellos hace referencia a actuar rápidamente y el segundo a un estilo de vida estable. Y el factor de segundo orden “impulsividad no planeada” (medido a su vez en la subescala “impulsividad no planeada”) consta de los factores de primer orden “complejidad cognitiva”, que hace referencia al disfrute con los desafíos mentales, y el factor “autocontrol”, referido a “planear y pensar deliberadamente”. Sin embargo esta estructura factorial ha sido puesta en cuestión por Reise et al. (183).

Hemos obtenido para cada una de las subescalas y para el total de la escala una tendencia con los grupos de irritabilidad de tipo cuadrática, como ocurría con los síntomas depresivos y grupos de irritabilidad. Los dos primeros argumentos dados en el apartado anterior para sustentar que el valor 5 supone un valor “normal” o “nulo” de irritabilidad son también válidos para explicar esta tendencia cuadrática.

Para el total de la escala existe una diferencia de 1.36 puntos entre el grupo 1 y 2 de irritabilidad. Esta diferencia no parece ser clínicamente significativa, teniendo en cuenta que un punto sólo supone un 1.67% de la puntuaciones posibles de la muestra (90 puntos, que es el rango entre 30 y 120 puntos). A nivel de las subescalas las diferencias entre grupos de irritabilidad 1 y 2 son en los tres casos menores a un punto; concretamente de 0.70 en la subescala cognitiva, 0.61 en la subescala motora y 0.20 en la subescala de impulsividad no planeada. Por tanto, aunque las diferencias para estos grupos sean estadísticamente significativas, a efectos clínicos pueden considerarse similares. Sin embargo, para el total de la escala, hay mayores diferencias entre el grupo 3 y los grupos 1 y 2; siendo estas diferencias de 6.35 y de 7.71 puntos respectivamente.

A raíz de estos resultados podemos agrupar los grupos de irritabilidad 1 y 2 como uno solo y realizar un ANCOVA ajustado por edad y sexo, del que se obtiene que la media de los grupos 1 y 2 en conjunto (formado por 641 individuos) es de 54.13 (desviación típica= 15.54) y para el grupo 3 (formado por 216 individuos) es de 62.09 (desviación típica= 15.62). La diferencia es de 7.96 puntos.

Con estos resultados cabe pensar que la impulsividad y la irritabilidad se hallan correlacionadas de forma lineal, de modo que, en general, a mayor impulsividad mayor irritabilidad. Aunque esta relación ha sido poco estudiada, en el estudio de Van Meter et al. se halló una correlación entre irritabilidad e impulsividad y agresividad (192); y en el de Eisenberg et al. se encontró una correlación entre problemas externalizantes e impulsividad e ira (193).

Estos resultados y el hallado en nuestro trabajo son coherentes a nivel psicopatológico y neurobiológico. En este sentido, Rolls et al. mostraron que individuos con lesiones en la corteza orbitofrontal izquierda suelen presentar irritabilidad e impulsividad, lo que puede suponer un mecanismo neurobiológico común entre ambos síntomas (194). De hecho, la impulsividad y la irritabilidad son secuelas neuropsiquiátricas frecuentes en personas con daño cerebral (195). Y además, la impulsividad suele aparecer en los episodios maníacos, el TDAH y los trastornos del comportamiento perturbador (185), en los que también puede presentarse irritabilidad.

Por todo ello es presumible, según lo que conocemos, considerar que la irritabilidad y la impulsividad se encuentren asociadas. No obstante, es preciso realizar nuevos estudios acerca de qué componentes de la impulsividad se asocian más fuertemente con la irritabilidad y qué grado de impulsividad se presenta en trastornos en los que la irritabilidad es importante; es decir, en los trastornos depresivos y en el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. La base sintomática de este trastorno son los accesos de cólera —expresión de la irritabilidad crónica y severa— que no dejan de ser una pérdida de control.

IRRITABILIDAD Y TRASTORNOS MENTALES

Para el riesgo de padecer un trastorno frente a no padecerlo (comparado frente a controles) hemos obtenido una OR de 3.19 (IC al 95%=1.40-7.28), lo que significa que la probabilidad de tener un trastorno (de los estudiados en esta tesis) en el grupo de mayor irritabilidad (grupo 3) es 3.19 veces la probabilidad de tenerlo en el grupo 1. Es

decir, es más probable tener un trastorno mental cuando la puntuación de la irritabilidad en la escala VAS de irritabilidad es mayor de 5, no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y el grupo 2. Estos datos sustentan la hipótesis de que la irritabilidad es un síntoma que aparece asociado a los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles aquí estudiados; sin embargo hay que estudiar cada uno de los trastornos mentales por separado.

IRRITABILIDAD Y TDAH

Hemos obtenido que el grupo 3 de irritabilidad tiene significativamente menos riesgo de padecer TDAH (frente al resto de los trastornos) o, dicho de otro modo, que la probabilidad de tener TDAH es mayor en aquellos individuos con menor irritabilidad que en aquéllos que tienen mayor irritabilidad. La OR para el grupo 3 de irritabilidad es de 0.41 (IC al 95%=0.23-0.73). Este resultado paradójico es contrario a lo que aparece recogido en la literatura (50) (51) (52) (53), esto es, que la irritabilidad está asociada con el TDAH. De hecho hay estimaciones de que hasta el 78% de los niños y adolescentes con TDAH presentan irritabilidad.

La explicación a este resultado parte del grupo de comparación que hemos utilizado. Para cada grupo de irritabilidad hemos comparado tener TDAH con ser control o con padecer el resto de los trastornos (es decir, tener un trastorno emocional o un trastorno del comportamiento perturbador). Como en nuestro estudio, y en consonancia con la literatura, los trastornos emocionales y los trastornos del comportamiento perturbador están más relacionados con la irritabilidad que el TDAH, para los niveles más altos de irritabilidad es más probable tener trastorno emocional o trastorno del comportamiento perturbador que tener TDAH. Si comparamos TDAH únicamente frente a control no se obtienen diferencias estadísticamente significativas. Esto puede deberse a la alta comorbilidad del TDAH con trastornos del comportamiento perturbador y trastornos emocionales, y que en presencia de ambos trastornos haya primado el de trastorno emocional o del comportamiento perturbador frente al TDAH, como indica el DSM-IV-TR.

IRRITABILIDAD Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

La OR de padecer trastorno depresivo frente al resto de los trastornos es de 2.02 (IC al 95%= 1.04-4.16) en el grupo 3 de irritabilidad, mientras que no hay diferencias estadísticamente significativas para el grupo 2, comparándose ambos con el grupo 1. Esta OR es la más alta de las obtenidas para trastornos o conjunto de trastornos en nuestro estudio. Sin embargo, cuando el grupo de comparación son los controles, la OR es de 5.83 (IC al 95%=2.16-15.71), es decir, nos hallamos ante una OR muy alta. Estos datos son congruentes con la literatura (79) (80) (82). La asociación entre irritabilidad y trastornos depresivos en población infanto-juvenil es bien conocida; de hecho, es más frecuente encontrar irritabilidad que tristeza en trastornos depresivos en niños y adolescentes que en adultos (30), siendo considerada la única diferencia para el diagnóstico de depresión en adultos y niños y adolescentes (10). La presencia de irritabilidad en la depresión es mayor en los niños más pequeños, especialmente en la edad preescolar; y, a medida que crecen, la manifestación clínica de la depresión se parece más a la de los adultos (44) (61) (68) (176).

IRRITABILIDAD Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Se ha obtenido una OR de 1.62 (IC al 95%=0.82-3.39) para la probabilidad de tener trastornos del comportamiento perturbador frente a padecer otro tipo de trastorno en el grupo de irritabilidad 3, respecto al grupo 1; sin haber tampoco diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 2 y el grupo 1. Sin embargo, cuando se compara con controles se obtiene una OR alta, de 4.81. La falta de significación estadística al compararlo con el resto de los trastornos puede explicarse precisamente por el grupo comparador, que es el de los trastornos emocionales y el TDAH. En los trastornos emocionales la irritabilidad es alta. El hecho de que la OR cuando se compara con controles sea tan elevada se explica por la asociación entre la irritabilidad y los trastornos del comportamiento perturbador, fundamentalmente con el trastorno negativista desafiante como se recoge en la literatura (9) (10) (57).

IRRITABILIDAD Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Para la relación entre trastorno de ansiedad e irritabilidad no se obtienen diferencias estadísticamente significativas para el grupo 2 y 3 con el grupo 1, ni siquiera cuando se comparan con controles; aunque sí se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias en la escala VAS de irritabilidad en controles y los individuos con trastornos ansiosos. En los estudios existe discrepancia en torno a esta asociación.

Tradicionalmente sólo se ha asociado la irritabilidad con el trastorno de ansiedad generalizada, aunque algunos autores encuentran una relación entre los trastornos de ansiedad en general y la irritabilidad (136) (137). Sin embargo, puede ser que esta asociación se deba a la comorbilidad de los trastornos de ansiedad con trastornos depresivos y con el trastorno negativista desafiante, o a que sea una asociación espuria debido a que en muchos estudios se han comparado los trastornos de ansiedad con sanos en lugar de con enfermos y a que en otros no se haya controlado por edad y sexo, cuando sabemos que en población infanto-juvenil una edad mayor y el sexo femenino están relacionados con un mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad (136).

En nuestro caso no encontramos ningún individuo diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizada (que es el trastorno donde la asociación con la irritabilidad es plenamente aceptada y más fuerte) y hemos controlado por edad y sexo; además, el grupo de comparación ha sido tanto de sanos como de enfermos. Por estas razones y por que el número de individuos con trastorno de ansiedad era pequeño (57 individuos), —probablemente debido a que la muestra se obtuvo de un dispositivo de tercer nivel en el que sólo llegan los casos de trastornos más graves—, podemos argumentar que no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa entre trastornos de ansiedad e irritabilidad.

Dadas las controversias en este campo se abre una interesante línea de investigación que pueda aclarar si las relaciones entre irritabilidad y trastornos de ansiedad se mantienen más allá del trastorno de ansiedad generalizada, e independientemente de las comorbilidades de la edad y del sexo.

IRRITABILIDAD, TRASTORNOS EMOCIONALES Y TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCIÓN Y COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

Cuando analizamos las OR de trastornos emocionales y trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador para el grupo de mayor irritabilidad (grupo 3) obtenemos unas cifras de 4.67 y 2.59 respectivamente (comparado con controles); sin haber diferencias estadísticamente significativas para los grupos de irritabilidad 1 y 2. Sabemos que la irritabilidad se ha asociado tradicionalmente a los trastornos emocionales y, en los últimos años, también a los trastornos del comportamiento perturbador y en menor medida al TDAH (10) (23) (29) (37). Sin embargo, cuando comparamos ambos grupos entre sí, ambas OR cruzan el 1, es decir, no hay diferencias para padecer uno u otro conjunto de trastornos para el grupo 3 de irritabilidad, apuntando así hacia las últimas propuestas que subrayan la idea de que la irritabilidad es alta tanto para los trastornos emocionales como para los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. Podemos comprobar que el intervalo de confianza para el grupo 3 de irritabilidad y trastornos emocionales va de 0.97 a 3.55 —estando más cercano a una relación positiva entre irritabilidad y padecer un trastorno emocional— al contrario de lo que ocurre con los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador en los que, para el mismo grupo de irritabilidad, se obtiene una OR que va de 0.29 a 1.04; esto es, más cerca de una relación contraria entre mayor irritabilidad y padecer trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador. Por lo tanto, se abre aquí una vía de continuación de la investigación para poder determinar si la irritabilidad se asocia más con este último grupo de trastorno, especialmente con el trastorno negativista desafiante, como propone el grupo de Stringaris (10), que con los trastornos emocionales.

IRRITABILIDAD Y ESCALAS VISUALES ANALÓGICAS

Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas para la relación entre irritabilidad y los síntomas de ansiedad, tristeza y suspicacia y un peor estado general.

A pesar de que no hemos hallado una relación entre irritabilidad y trastornos de ansiedad, sí encontramos una asociación entre aquella y los síntomas de ansiedad, al igual que otros investigadores (136) (137).

Para el síntoma tristeza también hallamos una relación estadísticamente significativa y de tendencia lineal, que contrasta con la asociación cuadrática entre grupos de irritabilidad y síntomas depresivos. Lo cual puede explicarse porque el síntoma de tristeza es sólo uno de los síntomas depresivos y, por tanto, al analizarlo solo se obtenga una relación lineal con la irritabilidad.

Se ha analizado la suspicacia como marcador precoz de psicoticismo. Aunque hay una falta de estudios sobre esta relación en niños y adolescentes, es concebible psicopatológicamente que estos síntomas se hallen asociados, como ocurre en los adultos. Este resultado invita a continuar la investigación con otros síntomas de psicoticismo y de forma longitudinal con diagnóstico de psicosis.

Por último se ha hallado también un relación estadísticamente significativa entre irritabilidad y peor estado general lo que traduce que la irritabilidad no es un síntoma menor sino que afecta al estado general del niño o adolescente por su carácter egodistónico; debiéndose señalar además que en este grupo de edad el malestar psíquico se manifiesta mediante quejas somáticas, siendo el malestar general una de ellas. También hay que referir que al tratarse de un estudio transversal no podemos saber si la irritabilidad y el estado general son correlativos, por lo que esta irritabilidad en lugar de ser la causa de un peor estado general sea la consecuencia de este estado (44) (46) (68). Los estudios longitudinales permitirían aclarar este punto.

5. CONCLUSIONES

- 1) La irritabilidad es un síntoma transdiagnóstico que se halla asociado a distintos trastornos psiquiátricos.
- 2) La irritabilidad está asociada a los trastornos depresivos y a los trastornos del comportamiento perturbador, sin embargo no lo está al trastorno por déficit de atención con hiperactividad ni a los trastornos ansiosos.
- 3) Los trastornos emocionales o internalizantes están más relacionados con la irritabilidad que los trastornos comportamentales o externalizantes.
- 4) Los síntomas depresivos están asociados con altos y bajos niveles de irritabilidad, mientras que la tristeza sólo se asocia a altos niveles de irritabilidad.
- 5) La impulsividad se encuentra asociada con la irritabilidad.
- 6) La ansiedad como síntoma, pero no los trastornos ansiosos, está asociada con la irritabilidad.
- 7) La suspicacia es un posible indicador precoz de psicoticismo que está relacionado con la irritabilidad.
- 8) Un peor estado general se relaciona con mayores niveles de irritabilidad.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Entrada “irritabilidad”. [Internet]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=M9ejaaX>.
2. Real Academia Española. Entrada “irritar”. [Internet]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=M9p6MIm>.
3. Snaith RP y Taylor CM. Irritability: definition, assessment and associated factors. *British Journal of Psychiatry*. 1985; 147:127-36.
4. Sims A. Síntomas mentales. Madrid: Triacastela; 2008.
5. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009; 166:1048–1054.
6. Leibenluft E, Blair RJ, Charney DS, Pine DS. Irritability in pediatric mania and other childhood psychopathology. *Ann N Y Acad Sci*. 2003 Dec;1008:201-18.
7. Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.
8. Higuera A, López JM. Compendio de Psicopatología. Granada: Autor-Editor; 1996.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2005.
10. Stringaris A, Taylor E. Disruptive Mood. Irritability in children and adolescents. Nueva York: Oxford University Press; 2015.
11. Birmaher B. The Risks of Persistent Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;55(7):538-9.
12. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol*. 2013 Nov;25(4 Pt 2):1473-87.
13. Brotman M, Schmajuk M, Rich B, Dickstein D, Guyer A, Costello E, et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006; 60(9):991.
14. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20:61-66.
15. Caprara GV, Paciello M, Gerbino M, Cugini C. Individual differences conducive to aggression and violence: trajectories and correlates of irritability and hostile

- rumination through adolescence. *Aggress Behav*. 2007 Jul-Aug;33(4):359-74.
16. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013;35 Suppl 1:S32-9.
 17. Wakschlag LS, Estabrook R, Petittclerc A, Henry D, Burns JL, Perlman SB, et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of early irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Aug;54(8):626-34.
 18. Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Sep;44(9):846-71.
 19. Blader JC, Carlson GA. Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biol Psychiatry*. 2007 Jul 15;62(2):107-14.
 20. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011 Feb;168(2):129-42.
 21. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Sep;64(9):1032-9.
 22. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *Am J Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):430-7.
 23. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Aug;16(4):456-66.
 24. Dickstein DP, Leibenluft E. Beyond dogma: from diagnostic controversies to data about pediatric bipolar disorder and children with chronic irritability and mood dysregulation. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012;49(1):52-61.
 25. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel E, Carlson GA, Klein DN. Preschool irritability predicts child psychopathology, functional impairment, and service use at age nine. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Sep;56(9):999-1007.
 26. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Nov;35(11):1427-39. Review.

27. Wakschlag LS, Henry DB, Tolan PH, Carter AS, Burns JL, Briggs-Gowan MJ. Putting theory to the test: modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Jun;51(6):593-604.
28. Bhangoo RK, Dell ML, Towbin K, Myers FS, Lowe CH, Pine DS, Leibenluft E. Clinical correlates of episodocity in juvenile mania. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2003 Winter;13(4):507-14.
29. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;55(7):556-70.
30. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5^o). 5^o ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
31. Axelson DA, Birmaher B, Findling RL, Fristad MA, Kowatch RA, Youngstrom EA et al. Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(9):1257–62.
32. Rodríguez-Sacristán J. Diagnóstico y tratamiento en psiquiatría infantil. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad; 2000.
33. Molina MA. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc*, 2001; 2 (1):23-40.
34. Gutiérrez-Casares JR. Valoración clínico-terapéutica: generalidades. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad; 2000.
35. Maestro-Martín C. Uso práctico de la evaluación psicológica. En: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2010.
36. Mojarro-Práxedes D, Benjumea-Pino P, Ballesteros-Alcalde C, Soutullo-Esperón C. Historia clínica y evaluación psiquiátrica. En: AEPNYA. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid:Editorial Médica

- Panamericana;2010.
37. Avenevoli S, Blader JC, Leibenluft E. Irritability in Youth: An Update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Nov;54(11):881-3.
 38. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Oct;52(10):1015-25.
 39. Safer Daniel J. Irritable mood and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2009; 3:35.
 40. Vause HE, Chapman M. Irritability in the pediatric population. *Nurse Pract*. 2013 Jan 10;38(1):10-6.
 41. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jul;46(7):894-921.
 42. Mikita N, Hollocks MJ, Papadopoulos AS, Aslani A, Harrison S, Leibenluft E, et al. Irritability in boys with autism spectrum disorders: an investigation of physiological reactivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Oct;56(10):1118-26.
 43. Perlman SB, Jones BM, Wakschlag LS, Axelson D, Birmaher B, Phillips ML. Neural substrates of child irritability in typically developing and psychiatric populations. *Dev Cogn Neurosci*. 2015 Aug;14:71-80.
 44. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2010.
 45. Soutullo C, Díez Suárez A. *Manual de Diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2007.
 46. Gutiérrez-Casares JR, Rey F. *Planificación Terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid: ENE Publicidad; 2000.
 47. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998 Aug;26(4):257-68.
 48. Conners CK, Sitarenios G, Parker JD, Epstein JN. Revision and restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J Abnorm Child Psychol*. 1998 Aug;26(4):279-91.

49. Servera M, Cardo E. ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurología*. 2007; 45 (7): 393-9.
50. Ambrosini PJ ,Bennett DS, Elia J. Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *J Affect Disord*. 2013 Feb 15;145(1):70-6.
51. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Delbello MP, Bolhofner K, Craney JL et al. DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002;12(1):11–25.
52. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):276-93.
53. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;Aug;51(8):915–23.
54. Albert J, López-Martín S, Fernández-Jaén A, Carretié L. Alteraciones emocionales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: datos existentes y cuestiones abiertas. *Rev Neurol*. 2008;47(1):39-45.
55. Barkley R. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 1997;121:65-94.
56. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (Second Edition). New York, NY: The Guilford Press;1998.
57. Organización Mundial de la Salud. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 2006.
58. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Apr;48(4):404-12.
59. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Mar;50(3):216-23.
60. Colman I, Murray J, Abbott RA, Maughan B, Kuh D, Croudace TJ, et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. *BMJ*, 2009 Jan 8;338:a2981.
61. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editores. Kaplan & Sadock's Comprehensive

- Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
62. Rowe R, Maughan B, Costello EJ, Angold A. Defining oppositional defiant disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005 Dec;46(12):1309-16.
 63. Malmquist CP. Depressions in childhood and adolescence. 1. *N Engl J Med*. 1971 Apr 15;284(15):887-93.
 64. Canals J, Marti-Henneberg C, Fernández-Ballart J, Domènech E. A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Apr;4(2):102-11.
 65. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Feb;41(2):190-8.
 66. Kapornai K, Vetro A. Depression in children. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):1-7.
 67. Malhotra S, Das PP. Understanding childhood depression. *Indian J Med Res*. 2007 Feb;125(2):115-28. Review.
 68. Stein DJ, Kupfer DJ, Schatzberg AF. Textbook of mood disorders (edición en español). Washington D.C., Londres: American Psychiatric Publishing. Inc.;2006.
 69. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Jun;35(6):705-15. Review.
 70. Nobile M, Cataldo GM, Marino C, Molteni M. Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. *CNS Drugs*. 2003;17(13):927-46.
 71. Greenberg BR. How to recognize depressive disorders in children and adolescents. *JAAPA*. 2009 Mar;22(3):38-42.
 72. Brent DA, Poling KD, Goldstein TR. Treating depressed and suicidal adolescents. A clinician's guide. Nueva York, NY: The Guilford Press; 2011.
 73. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). North Tonawanda, NY: Multi-Health System; 1992.
 74. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71.
 75. Poznanski EO, Grossman JA, Buchsbaum Y, Banegas M, Freeman L, Gibbons R. Preliminary studies of the reliability and validity of the children's depression

- rating scale. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1984 Mar;23(2):191-7.
76. J. de Ajuriaguerra. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson; 1977.
77. Pedrelli P, Nyer M, Holt D, Bakow BR, Fava M, Baer L, et al. Correlates of irritability in college students with depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Nov;201(11):953-8.
78. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ AA. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;Aug;52(8):831-40.
79. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry*. 2012 Jan;169(1):47-54.
80. Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampson N, Walters EE, Kessler RC. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug;15(8):856-67.
81. Perlis RH, Fava M, Trivedi MH, Alpert J, Luther JF, Wisniewski SR, et al. Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Apr;119(4):282-9.
82. Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal HS, Fiedorowicz JG. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. *JAMA Psychiatry*. 2013 Nov;70(11):1171-80.
83. Perlis RH, Fraguas R, Fava M, Trivedi MH, Luther JF, Wisniewski SR et al. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *J Clin Psychiatry*. 2005;Feb;66(2):159-66.
84. Costello EJ, Egger HL, Angold A. Developmental epidemiology of anxiety disorders. En: Ollendick TH, March JS (editores). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Oxford University Press, 2004; 61-91.
85. March JS. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Guilford; 1995.

86. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap (editores). Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.
87. Martínez MJ, Conde R, Franco MA. Otros trastornos de ansiedad en la infancia: trastorno de ansiedad generalizada. Trastorno de pánico. En: Gutiérrez JR, Rey F (coord). Planificación terapéutica... Madrid: Ene Publicidad; 2000.
88. Achenbach TM, Howell CT, McConaughy SH, Stanger C. Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: I. Cross-informant syndromes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Mar;34(3):336-47.
89. Costello EJ, Angold A: Epidemiology, in *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. Edited by March J. New York, Guildford, 1995b, pp 109-124.
90. Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. En: Freud S. Obras Completas. Madrid: Biblioteca Nueva; 2006.
91. Scherer MW, Nakamura CY. A fear survey schedule for children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behav Res Ther*. 1968 May;6(2):173-82.
92. Klein RG, Pine DS. Anxiety disorders. En: Rutter M, Taylor E (editores). *Child and Adolescent Psychiatry*. 4^a. ed. Malden: Blackwell Science Publishing; 2002.
93. Weems CF, Costa NM. Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 2005; 44:656-663.
94. Busto Arenas FJ, Bartolomé Alberca S. Trastornos del sueño. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente. Madrid: Ene Publicidad, 2000; 29-51.
95. Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatría Integral*, 2005; 11(2):125-136.
96. Nelles WB, Barlow DH. Do children panic? *Clinical Psychology Review*, 1988;8:359-372.
97. Albano AM, Chorpita AB. Treatment of anxiety disorders of childhood. *The Psychiatric Clinics of North America*, 1995; 18 (4):767-784.
98. Ollendick TH, Mattis SG, King NJ. Panic in children and adolescents: a review. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994 Jan;35(1):113-34. Review.
99. Mattis SG, Ollendick TH. Children's cognitive responses to the somatic

- symptoms of panic. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997a;25:47-57.
100. Moreau D, Follett C. Panic disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1993; 2:581.
 101. Vitiello B, Behar D, Wolfson S, McLeer SV. Diagnosis of panic disorder in prepubertal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 Sep;29(5):782-4.
 102. King NJ, Ollendick TH, Mattis SG, Yang B, Tonge B. Nonclinical panic attacks in adolescents: Prevalence, symptomatology and associated features. *Behavior Change*, 1997;13:171-183.
 103. King NJ, Gullone E, Tonge BJ, Ollendick TH. Self-reports of panic attacks and manifest anxiety in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 1993; 31:11-116.
 104. Last CG, Perrin S, Hersen M, Kazdin AE. DSM-III-R anxiety disorders in children: sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Nov;31(6):1070-6.
 105. Hayward C, Killen JD, Hammer LD, Litt IF, Wilson DM, Simmonds B, Taylor CB. Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *Am J Psychiatry*. 1992 Sep;149(9):1239-43.
 106. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
 107. Reynolds, C.R. and Paget, K.D. (1981) "Factor Analysis of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for Blacks, Whites, Males and Females with a National Normative Sample", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981; 49(3): 352-359.
 108. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1976.
 109. Ballesteros Añcañde MC, Conde Lopez VJM, Geijo Uribe MS: Consideraciones clínicas sobre la morbilidad de los trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr*, 1996;24(6):339-352.
 110. Rodríguez-Ramos P. Trastornos de ansiedad fóbica. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad, 2000; 29-51.
 111. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. *Compr Psychiatry*. 1969 Mar;10(2):151-6.

112. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Health, education and behaviour. Londres: Longman; 1970.
113. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1989, 28(6):836-841.
114. Milne JM, Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE, Jackson KL, Cuffe SP. Frequency of phobic disorder in a community sample of young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995 Sep;34(9):1202-11.
115. Mardomingo-Sanz MJ, Gutiérrez-Casares JR. Trastornos de ansiedad. En: Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2010.
116. Keeton CP, Walkup JT. Separation, Anxiety, Generalized Anxiety and Social Phobia. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editores. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
117. Ollendick TH. Reliability and validity of the Revised Fear Surgery Schedule for Children (FSSC-R). *Behav Res Ther*. 1983;21(6):685-92.
118. Fernández-Rivas A, Segarra-Echevarría R. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad, 2000; 29-51.
119. Zohar AH. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1999 Jul;8(3):445-60.
120. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Dec;45(12):1094-9.
121. Toro J, Cervera M, Osejo E, Salamero M. Obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence: a clinical study. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 Sep;33(6):1025-37.
122. Toro J. Trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Psicopatología y tratamiento*. Barcelona: Meeting & Congress, S.L.; 2001.
123. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiat Clin N Am*. 2006;29:353-370.
124. Butwicka A, Gmitrowicz A. Symptoms clusters in obsessive-compulsive disorder



- (OCD): influence of age and age of onset. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Apr;19(4):365–370.
125. Vera L, Vera LP. Trouble obsessionnel-compulsif chez l'enfant et l'adolescent. *Annales Médico-Psychologiques*. 2010;168:163–169.
126. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011 Dec; 13(4): 401–411.
127. Scahill L, Riddle MA, McSwiggan-Hardin MT, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF. The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: preliminary report of reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36:844-853.
128. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov;46(11):1006-11.
129. Berg CJ, Rapoport JL, Flament M. The Leyton Obsessional Inventory-Child Version. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1986;25:84-91.
130. Fernández-Rivas A, Ortiz-Villalobos A, Rodríguez-Ramos P. Trastorno reactivo del vínculo, TEPT y abuso crónico. En: Asociación Española de Psiquiatría...(AEPNYA). *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana;2010.
131. Lyons JA. PTSD in children and adolescents: a review of the literature. *J Dev Behav Pediatr*. 1987; 8:349-356.
132. Yehuda R, Wong CM. Patogenia del trastorno de estrés postraumático y del trastorno de estrés agudo. En: Stein DJ, Hollander E. *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.
133. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2011 Feb;72(2):233-9.
134. Keeton CP, Kolos AC, Walkup JT. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. *Paediatr Drugs*. 2009;11(3):171-83.
135. Gutiérrez JR, Rey F. Trastorno de las emociones de comienzo habitual en la infancia. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coord). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad; 2000.
136. Cornacchio D, Crum KI, Coxe S, Pincus DB, Comer JS. Irritability and Severity

- of Anxious Symptomatology Among Youth With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jan;55(1):54-61.
137. Stoddard J, Stringaris A, Brotman MA, Montville D, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in child and adolescent anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2014 Jul;31(7):566-73.
 138. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2016 Apr 9;387(10027):1561-72.
 139. Madaan V, Soutullo-Esperón C, Figueroa-Quintana A, Escamilla-Canales I, Chang KD. Enfermedad bipolar. En: Soutullo-Esperón C, Mardomingo Sanz MJ (coordinadores). *Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Manual de Psiquiatría*.
 140. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J, Mick E, Kwon A AM. Further evidence of unique developmental phenotypic correlates of pediatric bipolar disorder: findings from a large sample of clinically referred preadolescent children assessed over the last 7 years. *J Affect Disord*. 2004;(82 Suppl 2):45–58.
 141. Frías Á, Palma C, Farriols N. Comorbidity in pediatric bipolar disorder: prevalence, clinical impact, etiology and treatment. *J Affect Disord*. 2015 Mar 15;174:378-89.
 142. Martínez-Rey T, Birmaher B. Trastorno bipolar. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente*. Madrid: Ene Publicidad; 2000.
 143. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychol Med*. 2014 Aug;44(11):2339-50.
 144. Jairam R, Prabhuswamy M, Dullur P. Do we really know how to treat a child with bipolar disorder or one with severe mood dysregulation? Is there a magic bullet?. *Depress Res Treat*. 2012;2012:967302.
 145. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe C, Myers F, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:397-405.
 146. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, Brotman MA. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Nov;53(11):1109-17.

147. Holtzman S, O'Connor BP, Barata PC, Stewart DE. The Brief Irritability Test (BITe): a measure of irritability for use among men and women. *Assessment*. 2015 Feb;22(1):101-15.
148. Gabbay V, Johnson AR, Alonso CM, Evans LK, Babb JS, Klein RG. Anhedonia, but not irritability, is associated with illness severity outcomes in adolescent major depression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 Apr;25(3):194-200.
149. Savage J, Verhulst B, Copeland W, Althoff RR, Lichtenstein P, Roberson-Nay R. A genetically informed study of the longitudinal relation between irritability and anxious/depressed symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 May;54(5):377-84.
150. Rich BA, Leibenluft E. Irritability in pediatric mania. *Clinical Neuropsychiatry* (2006) 3, 3, 205-218.
151. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. Versión en español de la escala "The Affective Reactivity Index" para niños. [Internet]. Disponible en:
<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/cap/research/moodlab/ARI-Self-Spanish>.
152. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. Versión en español de la escala "The Affective Reactivity Index" para padres. [Internet]. Disponible en:
<http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/cap/research/moodlab/ARI-P-Spanish.pdf>.
153. Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH Jr. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Mar;41(3):253-61.
154. Brent D, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Asarnow JR, Keller M et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299(8):901-13.
155. Nevels RM, Dehon EE, Alexander K G ST. Psychopharmacology of aggression in children and adolescents with primary neuropsychiatric disorders: a review of current and potentially promising treatment options. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2010;18(2):184-201.
156. Hulvershorn LA, Fosselman DD, Dickstein DP. Psychopharmacology of Nonepisodic Irritability, Aggression, and Mood Swings in Children And



- Adolescents: Part I: Stimulants and Antidepressants. *Psychopharm Review*. 2012 Jan;47(1):1–7.
157. Soutullo C, Figueroa-Quintana A. When do you prescribe antidepressants to depressed children?. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Jul;15(7):366.
 158. U.S. Food & Drug Administration. Don't leave childhood depression untreated [Internet]. Disponible en: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm413161.htm>.
 159. Waxmonsky J, Pelham WE, Gnagy E, Cummings MR, O'Connor B, Majumdar A et al. The efficacy and tolerability of methylphenidate and behavior modification in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008;18(6):573–88.
 160. Dickstein DP, Towbin KE, Van Der Veen JW, Rich BA, Brotman MA, Knopf L, et al. Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Feb;19(1):61-73.
 161. Hulvershorn LA, Fosselman DD, Dickstein DP. Psychopharmacology of Nonepisodic Irritability, Aggression, and Mood Swings in Children And Adolescents: Part II: Antipsychotics, antimanic agents, and alpha agonist. *Psychopharm Review*. 2012 Feb;47(2):9-15.
 162. Krieger FV, Pheula GF, Coelho R, Zeni T, Tramontina S, Zeni CP, et al. An open-label trial of risperidone in children and adolescents with severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011 Jun;21(3):237-43.
 163. Carlson GA, Potegal M, Margulies D, Basile J, Gutkovich Z. Liquid risperidone in the treatment of rages in psychiatrically hospitalized children with possible bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2010 Mar;12(2):205-12.
 164. Salazar Vallejo M, Peralta Rodrigo C, Pastor Ruiz FJ, editores. *Tratado de psicofarmacología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.
 165. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, Li T, Babocsai L, Humphery H, et al. A Randomized Clinical Trial of an Integrative Group Therapy for Children With Severe Mood Dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Mar;55(3):196-207.
 166. Sukhodolsky DG, Smith SD, McCauley SA, Ibrahim K, Piasecka JB. Behavioral Interventions for Anger, Irritability, and Aggression in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):58-64.

167. Roy AK, Lopes V, Klein RG. Disruptive mood dysregulation disorder: a new diagnostic approach to chronic irritability in youth. *Am J Psychiatry*. 2014 Sep;171(9):918-24.
168. Bates JE, Pettit GS, Dodge KA, Ridge B. Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Dev Psychol*. 1998 Sep;34(5):982-95.
169. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Sep;65(9):1053-61.
170. Montoya A, Colom F, Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur Psychiatry*. 2011 Apr;26(3):166-75.
171. Simón Expósito M, Anseán Ramos A, Elvira Peña L, Cabrera Herrera A. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Mérida: Junta de Extremadura; 2007.
172. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo y edad de la provincia de Badajoz a 1 de enero de 2007. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=9687>.
173. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov;51(6):768-74.
174. Oquendo MA, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalbán V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry* 2001;15:147-55.
175. García-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 7ª ed. Madrid: Comunicación y Ediciones Sanitarias SL;2015.
176. Canals Sanz J. Trastornos depresivos. En: Gutiérrez-Casares JR, Rey-Sánchez F (coordinadores). Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y adolescente. Madrid: Ene Publicidad; 2000.
177. US National Library of Medicine, National Institutes of Health. Visual Analog Scale [internet]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=visual+analog+scale>.
178. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974 Nov 9;2(7889):1127-31.
179. Argimon-Pallás JM, Jiménez-Villa. Métodos de investigación clínica y



- epidemiológica (3^a edición). Madrid: Elsevier; 2005.
180. A. Josep, A. Muñoz. Los estudios de prevalencia. En: F. Martínez, J. M. Antó, P. L Castellanos, M. Gili, P. Marset, V. Navarro: Salud pública. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998.
 181. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud pública de México*. 2000;42(5):438-446.
 182. Salvo L, Castro A. Confiabilidad y validez de la escala de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013; 51 (4): 245-254.
 183. Reise SP, Moore TM, Sabb FW, Brown AK, London ED. The Barratt Impulsiveness Scale-11: reassessment of its structure in a community sample. *PLoS One*. 2013 May 7;8(5):e62543.
 184. Bjelland M, Hausken SE, Sleddens EF, Andersen LF, Lie HC, Finset A et al. Development of family and dietary habits questionnaires: the assessment of family processes, dietary habits and adolescents' impulsiveness in Norwegian adolescents and their parents. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;(11):130.
 185. Sanches M, Scott-Gurnell K, Patel A, Caetano SC, Zunta-Soares GB, Hatch JP, et al. Impulsivity in children and adolescents with mood disorders and unaffected offspring of bipolar parents. *Compr Psychiatry*. 2014 Aug;55(6):1337-41.
 186. Bjelland M, Hausken SE, Sleddens EF, Andersen LF, Lie HC, Finset A et al. Nandagopal JJ, Fleck DE, Adler CM, Mills NP, Strakowski SM, DelBello MP. Impulsivity in adolescents with bipolar disorder and/or attention-deficit/hyperactivity disorder and healthy controls as measured by the Barratt Impulsiveness Scale. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011;21(5):465-8.
 187. Gilbert KE, Kalmar JH, Womer FY, Markovich PJ, Pittman B, Nolen-Hoeksema S, Blumberg HP. Impulsivity in Adolescent Bipolar Disorder. *Acta Neuropsychiatr*. 2011 Apr;23(2):57-61.
 188. Paaver M, Kurrikoff T, Nordquist N, Orelund L, Harro J. The effect of 5-HTT gene promoter polymorphism on impulsivity depends on family relations in girls. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Jul 1;32(5):1263-8.
 189. Burdick JD, Roy AL, Raver CC. Evaluating the Iowa Gambling Task as a Direct Assessment of Impulsivity with Low-Income Children. *Pers Individ Dif*. 2013 Oct;55(7):771-776.
 190. Yao S, Yang H, Zhu X, Auerbach RP, Abela JR, Pulleyblank RW et al. An examination of the psychometric properties of the Chinese version of the Barratt

- Impulsiveness Scale, 11th version in a sample of Chinese adolescents. *Percept Mot Ski*. 2007;104(3 Pt 2):1169–82.
191. Fossati A, Barratt ES, Acquarini E, Di Ceglie A. Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. *Percept Mot Skills*. 2002 Oct;95(2):621-35.
 192. Van Meter A, Youngstrom E, Freeman A, Feeny N, Youngstrom JK, Findling RL. Impact of Irritability and Impulsive Aggressive Behavior on Impairment and Social Functioning in Youth with Cyclothymic Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):26.
 193. Eisenberg N, Valiente C, Spinrad TL, Liew J, Zhou Q, Losoya SH et al. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Dev Psychol*. 2009;45(4):988–1008.
 194. Rolls ET, Hornak J, Wade D, McGrath J. Emotion-related learning in patients with social and emotional changes associated with frontal lobe damage. *J Neurol, Neurosurg Psychiatry*. 1994 Dec; 57 (12): 1518–24.
 195. Arciniegas DB, Wortzel HS. Emotional and behavioral dyscontrol after traumatic brain injury. *Psychiatr Clin North Am*. 2014 Mar;37(1):31-53.
 196. Stringaris A, Santosh P, Leibenluft E, Goodman R. Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Jan;51(1):31-8.

7. ANEXOS

Anexo 1

Criterios diagnóstico para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) según el DSM-IV-TR.

A. (1) o (2):

(1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención:

- a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido e las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
- c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)
- g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
- h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
- i) a menudo es descuidado en las actividades diarias

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- e) a menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor
- f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
 - h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
 - i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos)
- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentaban en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia y otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Códigos basados en el tipo:

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado [314.01]: si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses

F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención [314.00]: si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses

F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo [314.01]: si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses

Nota de codificación: En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en <<remisión parcial>>.

Anexo 2

Criterios para el diagnóstico de trastorno disocial (*conduct disorder*) según el DSM-IV-TR.

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatarse bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad.

Codificar en función de la edad de inicio:

Trastorno disocial, tipo de inicio infantil [312.81]: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Trastorno disocial, tipo de inicio adolescente [312.82]: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Trastorno disocial, de inicio no especificado [312.89]: no se sabe la edad de inicio

Especificar la gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamientos sólo causan daños mínimos a otros

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre leves y graves

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

Anexo 3

Criterios para el diagnóstico de trastorno negativista desafiante según el DSM-IV-TR.

A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. a menudo discute con adultos
3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus obligaciones
4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
7. a menudo es colérico y resentido
8. a menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

B. El trastorno de conducta provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.

C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.

D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

Anexo 4

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-IV-TR.

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Anexo 5

Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico según el DSM-IV-TR.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Anexo 6

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia según el DSM-IV-TR.

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparecen las crisis de angustia (p. ej., F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21])

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Anexo 7

Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia con o sin agorafobia según el DSM-IV-TR.

A. Se cumplen 1 y 2:

- 1.** crisis de angustia inesperadas recidivantes
- 2.** al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a)** inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b)** preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c)** cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia (en el Trastorno de angustia sin agorafobia)/Presencia de agorafobia (en el Trastorno de angustia con agorafobia).

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés posttraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Anexo 8

Criterios para el diagnóstico de fobia específica según el DSM-IV-TR.

- A.** Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
- B.** La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. *Nota:* En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- C.** La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños este reconocimiento puede faltar.
- D.** La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
- F.** En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
- G.** La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Anexo 9

Criterios para el diagnóstico de fobia social según el DSM-IV-TR.

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. **Nota:** En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. **Nota:** En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. **Nota:** En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si: **Generalizada:** si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Anexo 10

Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo según el DSM-IV-TR.

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Anexo 11

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR.

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. **Nota:** En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás
6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse,

formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño
2. irritabilidad o ataques de ira
3. dificultades para concentrarse
4. hipervigilancia
5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

Anexo 12

Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés agudo según el DSM-IV-TR.

- A.** La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
 2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos
- B.** Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
 2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
 3. desrealización
 4. despersonalización
 5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)
- C.** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D.** Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E.** Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F.** Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G.** Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
- H.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Anexo 13

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR.

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Anexo 14

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación según el DSM-IV-TR.

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2. preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3. preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4. resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
5. resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6. negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7. pesadillas repetidas con temática de separación
8. quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

Anexo 15

Criterios para el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo según el DSM-5.

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres maestros, compañeros).

E. Los Criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A-D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un

individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

K. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Anexo 16

Versión oficial de la escala *The Affective Reactivity Index (ARI)* para niños, traducida al castellano por Pablo Vidal-Ribas.

ARI – S

Nombre:

Edad:

Por favor, para cada ítem marca la casilla No Es Cierto, Un Poco Cierto o Totalmente Cierto. En los *últimos 6 meses*, y comparándote con los otros chicos y chicas de tu edad, ¿en qué medida cada una de las siguientes afirmaciones describe tu comportamiento o tus sentimientos? Por favor, intenta contestar todas las preguntas.

	NO ES CIERTO	UN POCO CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
Me siento fácilmente molesto por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo pierdo los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanezco enfadado/a durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy enfadado/a la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me enfado frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierdo los nervios con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, mi irritabilidad me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR TU AYUDA

© 2012 Stringaris, A. (King's College London), Goodman, R. (King's College London), Ferdinando, S. (King's College London), Razdan, V. (National Institutes of Health), Muhler, E. (National Institutes of Health), Leibenluft, E. (National Institutes of Health), Brotman, M.A. (National Institutes of Health).

Anexo 17

Versión oficial de la escala *The Affective Reactivity Index* (ARI) para padres, traducida al castellano por Pablo Vidal-Ribas.

ARI – P

Nombre:

Edad:

Por favor, para cada ítem marque la casilla No es Cierto, Un Poco Cierto o Totalmente Cierto. En los *últimos 6 meses*, y comparado con los otros chicos y chicas de su edad, ¿en qué medida cada una de las siguientes afirmaciones describe el comportamiento o los sentimientos de su hijo/a? Por favor, intente contestar todas las preguntas.

	NO ES CIERTO	UN POCO CIERTO	TOTALMENTE CIERTO
Se siente fácilmente molesto/a por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo pierde los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanece enfadado/a durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está enfadado/a la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se enfada frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde los nervios con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, la <i>irritabilidad</i> le causa problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

© 2012 Stringaris, A. (King's College London), Goodman, R. (King's College London), Ferdinando, S. (King's College London), Razdan, V. (National Institutes of Health), Muhrer, E. (National Institutes of Health), Leibenluft, E. (National Institutes of Health), Brotman, M.A. (National Institutes of Health).

Anexo 18

Versión oficial de la escala de impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*) traducida al castellano.

16. Escala de Impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*)

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones. Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.)

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: _____ I. cognitiva: _____ I. motora: _____ I. no planeada: _____

Anexo 19

Escala *Children's Depression Inventory* (CDI) validada en castellano.

[Patients] [CDI]

Este cuestionario contiene 27 grupos de frases con 3 alternativas cada uno. Elige y señala en cada grupo la frase que mejor refleje como son tus pensamientos, emociones y conducta en este mismo momento.

1. Estoy triste de vez en cuando
 Estoy triste muchas veces
 Estoy triste siempre
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas
 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía
 Muchas cosas malas son culpa mía
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9. No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no la haría
 Quiero matarme
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente

- 14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 Soy feo/a
- 15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
- 16. Todas las noches me cuesta dormir
 Muchas noches me cuesta dormir
 Duermo muy bien
- 17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
- 18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
- 19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
- 20. Nunca me siento solo
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
- 21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando
 Me divierto en el colegio muchas veces
- 22. Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
- 23. Mi trabajo en el colegio es bueno
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
- 24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 Soy tan bueno como otros niños
- 25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere
- 26. Generalmente hago lo que me dicen
 Muchas veces no hago lo que me dicen
 Nunca hago lo que me dicen
- 27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces
 Me peleo siempre

Anexo 21

Protocolo presentado al Comité Ético de Investigación Clínica de Badajoz y dictamen favorable.

TÍTULO DEL PROYECTO: “LA IRRITABILIDAD COMO SÍNTOMA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL”

Investigadores: Marta Busto Garrido¹, José Ramón Gutiérrez Casares², José Miguel Pena Andreu³, Ana Rodríguez-Rosado Martínez-Echevarría⁴, Daniel Gutiérrez Castillo¹.

1. Psiquiatra. Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.
2. Coordinador de Salud Mental del área de Badajoz. Coordinador de la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia. Complejo Hospitalario de Badajoz.
3. Profesor titular de Psiquiatría. Departamento de Salud Pública y Psiquiatría. Universidad de Málaga.
4. Profesora asociada de Psiquiatría. Departamento de Salud Pública y Psiquiatría. Universidad de Málaga.

Introducción

La irritabilidad puede definirse como una sensación displacentera (o de disgusto) derivada de un bajo umbral para presentar enfado y de la propensión a reaccionar con rabia, malhumor o rabietas desproporcionadas a la situación (1). La irritabilidad es un síntoma que está presente en varios trastornos mentales, ya sea como uno de los criterios diagnósticos en los manuales internacionalmente utilizados o como síntoma asociado. Tiene una prevalencia que se cifra en un 3.3% en chicos de entre 9 y 19 años (2) (3).

La irritabilidad se ha relacionado con disfunción social, bajo nivel socio-económico, agresión y conductas delictivas y propensión a desarrollar trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada y distimia en la edad adulta (4) (5) (6).

Por tanto la identificación temprana de la irritabilidad patológica sería de gran valor para la prevención de trastornos mentales y de conductas disfuncionales para el individuo y la sociedad (7). A pesar de su prevalencia e importancia en la psicopatología, ha estado tradicionalmente poco estudiada, conociéndose poco acerca de la fenomenología y su relación con los distintos trastorno mentales en todas las etapas de la vida (8).

La irritabilidad es un síntoma que no es patognomónico de ninguna entidad clínica, y, como hemos dicho, puede estar presente en varias de ellas (11) (12). De modo que la irritabilidad puede entenderse como un síntoma transdiagnóstico, que cruza el límite tradicional de los procesos internalizantes-externalizantes (9), procesos que son uno de los mayores problemas de la salud mental de adolescentes y adultos jóvenes (6) (10).

El estudio de la irritabilidad está cobrando una gran importancia en los últimos años intentándose dilucidar su naturaleza, su asociación con otros síntomas psicopatológicos, con los distintos trastornos mentales, su repercusión global en el individuo y su relación con problemas de salud y sociales en el futuro.

Hipótesis y objetivos

Nuestra hipótesis es que la irritabilidad es un síntoma que está presente en la mayoría de los trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil, aunque en mayor grado en los trastornos emocionales.

El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la irritabilidad como síntoma transdiagnóstico en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), en los trastornos depresivos, en los trastornos ansiosos y en los trastornos del comportamiento perturbador.

Los objetivos secundarios son:

- Describir las variables sociodemográficas, clínicas y psicométricas tanto para el conjunto de la muestra como por grupos diagnósticos.

- Estudiar la asociación entre la irritabilidad y los síntomas depresivos.
- Estudiar la asociación entre la irritabilidad y la impulsividad.
- Estudiar la relación entre la irritabilidad y los síntomas de tristeza, ansiedad y suspicacia y el estado general.

Metodología y procedimiento

Se trata de un estudio transversal en el que se han estudiado a los niños atendidos en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz con edades comprendidas entre los 8 y los 17 años. Seleccionamos una muestra clínica formada por un grupo de pacientes de 745 participantes y a 112 controles, obtenido a partir de familiares de pacientes, de niños ingresados en el hospital sin patología psiquiátrica y de dos centros educativos de la ciudad de Badajoz.

La muestra se ha obtenido de los pacientes atendidos en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Los datos recogidos de los pacientes no han sido obtenidos *ex profeso* para esta investigación, sino que se han utilizado los diagnósticos clínicos y las pruebas habituales realizados por los profesionales (psiquiatra, psicólogo y/o neuropsicólogo) para la asistencia de los pacientes, no administrándose en ningún caso una prueba más de las necesarias para la atención clínica de estos pacientes ni interfiriendo en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para cada paciente.

Sin embargo, a los pacientes, padres o tutores se les solicita un consentimiento informado verbal en el que se informa de que sus datos van a formar parte de una base clínica para su utilización en investigación en la que se garantiza la confidencialidad y el anonimato. Pacientes, padres o tutores pueden rechazar la inclusión en esta base o que sus datos sean utilizados para la investigación así como revocar en cualquier momento su consentimiento. Del mismo modo se les informa de los cauces para ejercer estos derechos.

A los controles se les solicitó un consentimiento informado escrito firmado por los participantes los padres o los tutores, que se recoge en el anexo.

Para los casos se han seleccionado a los pacientes atendidos por primera vez en la Unidad Ambulatoria de Psiquiatría y Salud Mental de la Infancia, Niñez y Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Edad comprendida entre 8 y 17 años.
- 2) Diagnóstico principal de TDAH, trastornos depresivos, trastornos ansiosos, y trastornos del comportamiento perturbador.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Que tuvieran un diagnóstico secundario de retraso mental, trastorno psicótico o trastorno bipolar.
- 2) Cualquier circunstancia que impidiera completar los cuestionarios o realizar las valoraciones.

A cada participante se le han administrado cada una de las siguientes pruebas psicométricas:

- *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11).
- *Children's Depression Inventory* (CDI).
- Escalas visuales-analógicas. Se han utilizado 5 escalas visuales analógicas: estado general, de ansiedad, de tristeza, de suspicacia y de irritabilidad.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio observacional de tipo transversal a partir de los pacientes y del conjunto de controles.

En una primera fase se realizará un estudio descriptivo, con el objetivo de conocer las condiciones sociodemográficas, clínicas y psicométricas relacionadas con los individuos

participantes. Seguidamente se llevará a cabo un análisis estadístico de las distintas variables referidas con el fin de dar respuesta a los objetivos del estudio.

Se realizará un ANCOVA controlando por edad, sexo y presencia de trastorno psiquiátrico para estudiar la relación entre grupos de irritabilidad y síntomas depresivos (medidos por la escala CDI), entre grupos de irritabilidad e impulsividad (medidos por la escala BIS-11 y sus tres subescalas) y entre grupos de irritabilidad y estado general y los síntomas de tristeza, ansiedad y suspicacia (medidos por sendas escalas visuales analógicas). Para saber si hay relación lineal o de otro tipo se realizará un test de tendencia. Para analizar la relación entre grupos de irritabilidad y los distintos trastornos psiquiátricos se realizará una regresión logística multivariante en las que la variable explicada será la probabilidad de tener o no cada uno de los trastornos y la variable explicativa los grupos de irritabilidad y las covariables la edad y el sexo.

Las variables utilizadas en este estudios son las siguientes:

- Año de valoración
- Mes de aplicación
- Fecha de aplicación
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Edad
- Grado académico
- Diagnóstico psiquiátrico primario
- Diagnóstico 1 (si el individuo es caso o control)
- Diagnóstico 2 (TDAH, trastornos ansiosos, trastornos depresivos, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador o control)
- Diagnóstico 3 (trastornos emocionales, TDAH, trastornos del comportamiento perturbador, control)
- Diagnóstico 4 (trastornos emocionales, trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, control)
- Puntuación en la escala *Children's Depression Inventory* (CDI).

- Puntuación en la subescala cognitiva de la escala *Barratt Impulsive Scale*.
- Puntuación en la subescala motora de la escala *Barratt Impulsive Scale*.
- Puntuación en la subescala no planeada de la escala *Barratt Impulsive Scale*.
- Puntuación de la escala visual analógica general
- Puntuación de la escala visual analógica de tristeza
- Puntuación de la escala visual analógica de ansiedad
- Puntuación de la escala visual analógica de suspicacia
- Puntuación de la escala visual analógica de irritabilidad
- Grupos de irritabilidad (grupo 1, grupo 2, grupo 3). Es una variable recodificada a partir de las puntuaciones en la escala VAS-irritabilidad. El grupo 1 lo forman aquellos individuos cuya puntuación en la escala es de 0 a 4, el grupo 2 aquellos cuya puntuación es 5 y el grupo 3 aquellos cuya puntuación es 6 o mayor que 6.

En todos los casos se garantizó el anonimato. Ninguna de las variables recogidas implicaba la identificación de los participantes, a cada uno de ellos se les otorgó un número de identificación en la base de datos diferente del número de historia o número de afiliación a la Seguridad Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stringaris A, Taylor E. Disruptive Mood. Irritability in children and adolescents. Nueva York: Oxford University Press; 2015.
2. Brotman M, Schmajuk M, Rich B, Dickstein D, Guyer A, Costello E, et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006; 60(9):991.
3. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20:61-66.
4. Caprara GV, Paciello M, Gerbino M, Cugini C. Individual differences conducive to aggression and violence: trajectories and correlates of irritability and hostile rumination through adolescence. *Aggress Behav*. 2007 Jul-Aug;33(4):359-74.

5. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35 Suppl 1:S32-9.
6. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: A 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry.* 2009; 166:1048–1054.
7. Wakschlag LS, Estabrook R, Petittclerc A, Henry D, Burns JL, Perlman SB, et al. Clinical Implications of a Dimensional Approach: The Normal:Abnormal Spectrum of early irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Aug;54(8):626-34.
8. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Kessel E, Carlson GA, Klein DN. Preschool irritability predicts child psychopathology, functional impairment, and service use at age nine. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Sep;56(9):999-1007.
9. Avenevoli S, Blader JC, Leibenluft E. Irritability in Youth: An Update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Nov;54(11):881-3.
10. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults?. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011 Oct;52(10):1015- 25.
11. Safer Daniel J. Irritable mood and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2009; 3:35.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2005.
13. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016 Jul;55(7):556-70.





**D. JULIO BENITEZ RODRIGUEZ, SECRETARIO DEL COMITÉ ÉTICO DE
INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE BADAJOZ"**

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado el Proyecto Tesis Doctoral de D^a. María Busto Gorrindo
titulado: "LA IMPORTANCIA COMO SÍNTOMA DE SALUD MENTAL EN EL NIÑO JUVENIL",
dirigido por el Dr. D. José Ramón Gutiérrez Carreras, Dr. D. José Miguel Peña Andrés, Dra.
D^a. Ana Rodríguez Rosado Martínez-Colevillan y Dr. D. Daniel Gutiérrez Castillo.

Y mediante este documento expresa que este proyecto se ajusta a las normas éticas
mencionadas como referencia en esta memoria y ha decidido por unanimidad
expresar la idoneidad científica del proyecto así como su apoyo al mismo.

Lo que Certifico para su conocimiento y efectos en Badajoz a dieciséis de marzo de
dos mil dieciséis.



Anexo 22

Aceptación de la comunicación “Association Between Irritability and Depressive Symptoms in Children and Adolescents” en el 25th *European Congress of Psychiatry (EPA 2017)* celebrado en Florencia (Italia) entre el 1 y el 4 de abril de 2017.

25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), Florence, Italy, 1-4 April 2017

Dear Prof Jose Miguel Pena-andreu,

We thank you for your interest in the forthcoming 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), organised in Florence, Italy, 1-4 April 2017.

*On behalf of the Scientific Programme Committee (SPC), we are pleased to inform you that your abstract has been accepted for an **e-Poster Walk Presentation** the EPA 2017. Your poster will be available for viewing during the whole Congress on stations throughout the Congress centre.*

Abstract Number: EPA17-0675

Abstract Title: Association Between Irritability and Depressive Symptoms in Children and Adolescents

Anexo 23

Resumen de la comunicación “Association Between Irritability and Depressive Symptoms in Children and Adolescents” que ha sido aceptada y se ha expuesto en el 25th *European Congress of Psychiatry (EPA 2017)* celebrado en Florencia (Italia) entre el 1 y el 4 de abril de 2017.

Session type	Abstract Submission
Topic	03. Child and Adolescent Psychiatry
Presentation preference	e-Poster Presentation
Abstract title	ASSOCIATION BETWEEN IRRITABILITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Introduction

Irritability is the most frequently reported symptom in child and adolescent depression. The association of both has been linked with high rates of chronicity, comorbidity and impairment.

Objectives

To study the association between irritability and depressive symptoms in children and adolescents.

Methods

We have studied 857 participants recruited from the only Child and Adolescent Mental Health Clinic in a catchment area of 122968 people under 18 (2004-2010). A sample of 677 participants (57 controls and 620 patients) was included to carry out a cross-sectional study.

Irritability was measured by a Visual Analog Scale (VAS irritability) - scored from 0 to 10-, and depressive symptoms by the Children's Depression Inventory (CDI). The participants were categorized into controls and patients, and according to their irritability (≤ 4 [I], 5 [II] and ≥ 6 [III]). The mean of CDI score was calculated for each of the groups, adjusted by sex and age, and analyzed by ANCOVA.

Results

The following means were obtained from the controls: 13,71 (group I), 9,82 (group II) and 17,45 (group III). Regarding to the patients: 13,92 (group I), 11,54 (group II) and 15,64 (group III). A quadratic association ($p < 0,0015$) was found between VAS irritability score and CDI score.

Conclusions

There is not a lineal association between irritability and depressive symptoms in children and adolescent. High rates of depressive symptoms were associated both with high and low rates of irritability. Several questions remain unexplained about the status of irritability in psychiatry as Stringaris group has been pointed out.

Disclosure
statement

I have no potential conflict of interest to disclose

Anexo 24

Comunicación tipo póster presentada en el 25th *European Congress of Psychiatry (EPA 2017)* celebrado en Florencia (Italia) entre el 1 y el 4 de abril de 2017.

ASSOCIATION BETWEEN IRRITABILITY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Marta Busto Garrido¹, Daniel Gutiérrez Castillo¹, Juan Ramón Navas González², José Ramón Gutiérrez Casares³, María Teresa Martín Lunar³, Ana Rodríguez-Rosado², José Miguel Peña Andreu².

¹ Mental Health Clinical Management Unit, Virgen de la Victoria University Hospital, Málaga, Spain. ² Department of Public Health and Psychiatry, University of Málaga, Spain. ³ Child and Adolescent Mental Health Outpatient Clinic of Badajoz, Spain.

Introduction

Irritability is the most frequently reported symptom in child and adolescent depression. Both depression and irritability have been associated with high rates of chronicity, comorbidity and impairment. Irritability maintains a stable course throughout adolescence and can predict not only some mental disorders (depressive disorder, generalized anxiety disorder, oppositional defiant disorder and dysthymia), but also aggression, a low socioeconomic level and social disfunction. Bipolar disorder, however, cannot be foretold. That is the reason why early identification of irritability is of great value in prevention of mental disorders.

Objectives

To study the association between irritability and depressive symptoms in children and adolescents.

Methods

We have studied 857 participants recruited from the only Child and Adolescent Mental Health Clinic in a catchment area of 122968 people under 18 (2004-2010). A sample of 677 participants (57 controls and 620 patients) was included to carry out a cross-sectional study to analyze the relationship between irritability and depressive symptoms. All of them were given the following psychometric tests:

Visual Analog Scale (VAS) of irritability

Children's Depression Inventory (CDI)

The participants were categorized according to their score of irritability (≤ 4 [group 1], $=5$ [group 2] and ≥ 6 [group 3]). The mean of CDI score was calculated for each of the groups, adjusted by sex, age and presence of psychiatric disorder. An ANCOVA was used to study the relationship between groups of irritability and means of CDI score. We used a trend test in order to check if a linear relationship among variables could be described.

Results

Higher CDI scale punctuations are obtained by groups 1 and 3, i.e. in those with an irritability punctuation lower than 5 or higher than 5. Therefore, there is not a linear relationship between irritability and CDI punctuations.

Group of Irritability	Mean	95% Confidence Interval	P of Quadratic Trend
1	13.91	12.35-15.47	<0.001
2	11.39	10.77-12.00	
3	15.66	14.66-16.66	

Means of the punctuations in the CDI scale adjusted by age, sex and presence of psychiatric disorder.

Regarding the trend analysis, a statistical significance was obtained for quadratic relationship ($p \leq 0.001$), i.e. in the shape of a parabola or a U.

Group	Mean CDI Score
Group 1 (irritability lower than 5)	13.91
Group 2 (irritability equal to 5)	11.39
Group 3 (irritability higher than 5)	15.66

Conclusions

The obtained results show a statistically significant relationship between irritability and depressive symptoms. There are other studies that confirm this relationship, which has been explained by genetic and environmental factors. However, it has not been found in any other study an association between irritability and depressive symptoms in a quadratic shape. Irritability is not necessarily associated to depression, which implies that there might be high rates of depressive symptoms with low rates of irritability. In fact, 50% of depressions in child and youth population develop without irritability. Several questions remain unexplained about the status of irritability in psychiatry as Stringaris group has pointed out. The results support the consideration of irritability as a transdiagnostic symptom associated to various psychopathological entities and not only to depression.

Bibliography

- Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable Mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013. Aug;52(8):831-40.
- Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic versus episodic irritability in youth: a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Aug;16(4):456-66.
- Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampon N, Walters EE, Kessler RC. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug;15(8):856-67.