



Viernes 6 de febrero de 2015

**Seminario:
Salud mental.
Qué y cuándo derivar y contener**

Ponentes/monitores:

- **Carmen Martínez González**
*Pediatra. Máster en psicoterapia dinámica.
EAP San Blas. Parla, Madrid.*
- **Antonio Pelaz Antolín**
*Psiquiatra. Coordinador de la Unidad
de Psiquiatría Infantil. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Martínez González C, Pelaz Antolín A. Salud mental. Qué y cuándo derivar y contener. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 107-15.



Salud mental. Qué y cuándo derivar y contener

Carmen Martínez González

Pediatra. Máster en psicoterapia dinámica.

EAP San Blas. Parla, Madrid.

carmendiri@gmail.com

Antonio Pelaz Antolín

Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Psiquiatría Infantil.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

RESUMEN

La falta de formación en salud mental de los pediatras, es una queja recurrente que puede condicionar un mayor número de derivaciones a los servicios especializados, o que estas sean inadecuadas. La dificultad para definir los límites entre salud y enfermedad mental, es una explicación, pero no justifica la dificultad para contener las crecientes quejas de los padres que observamos en la consulta de atención primaria o en el ámbito escolar.

En este seminario se analizan dos motivos de derivación cuya frecuencia ha ido aumentando en los últimos años: la irritabilidad y las autolesiones.

Conocer los amplios criterios de normalidad y realizar un enfoque adecuado, de estos y otros síntomas, permitirá desahogar los dispositivos de atención especializada (saturados, desgastados y con recursos cada vez más limitados) y consecuentemente atender más y mejor a los verdaderos pacientes.

INTRODUCCIÓN

Dime lo que derivas y te diré cuanto sabes. Esta puede ser una buena manera de evaluar indirectamente nuestros conocimientos y habilidades de manejo de los problemas de salud mental. Lógicamente a menor conocimiento, más derivaciones inadecuadas

haremos. En este sentido, sorprenden dos hechos: la queja recurrente y generalizada de los pediatras respecto a la falta de formación en salud mental¹ y la tranquilidad con que aceptamos un déficit que en cualquier otra especialidad juzgaríamos inadmisibles. ¿Nos imaginamos derivando cada soplo funcional al cardiólogo, cada niño que no engorda a gusto de los padres al endocrinólogo, cada dermatitis atópica que no cede fácilmente al dermatólogo, cada retraso evolutivo al neurólogo? Seguro que no. Pero también es justo reconocer la dificultad para definir los límites de la normalidad² en psicología, la enorme variabilidad dependiendo de factores culturales, familiares, educativos, genéticos, etc. Una dificultad ligada intrínsecamente a la complejidad del ser humano, frente a lo cual la excesiva simplificación que a veces buscamos, no siempre ayuda a clarificar. Solo es una buena excusa para no meternos en el atractivo, aunque pantanoso terreno, donde reside lo más específico y atractivo de las personas, sin lo cual seríamos veterinarios de niños.

DE DÓNDE PARTIMOS

La OMS calcula que aproximadamente el 20% de la población mundial de niños y adolescentes tiene problemas de salud mental³. El CDC sorprendente publicando que 1 de cada 68 niños tiene un trastorno del espectro autista⁴, y EE. UU. en un estudio en 10 123 adolescentes de 13 a 18 años dice que aproximadamente 1 de cada 4 de sus jóvenes cumple criterios de un trastorno mental que producirá un deterioro severo a lo largo de su vida⁵.

Por otro lado hay corrientes muy críticas que opinan que la sensación de que "hay necesidades masivas no atendidas en salud mental" tiene mucho de mito generado por la creencia de que hay tratamientos para cualquier problema⁶, y es una consecuencia más de la creciente medicalización, que tiende a aplicar el modelo biomédico para entender cualquier fenómeno⁷, pone énfasis en la enfermedad biológica, vincula excesivamente la psiquiatría con la neurología y refuerza las categorías en los trastornos de salud mental⁸.

Si a la hora de afrontar un problema es imprescindible conocer su magnitud, tenemos que decir que España carece de buenos estudios epidemiológicos. El Plan Es-

tratégico de Salud Mental de la CAM 2010-2014⁹ en su apartado de atención a la salud mental de niños y adolescentes, no cuantifica el problema. El informe técnico sobre la salud mental de niños y adolescentes de 2009 estima una prevalencia global de trastornos mentales entre un 10%-20%¹⁰. Y el libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente recoge de la última encuesta nacional de salud, que "solo un 2,6% de nuestra población infantil sufrió trastornos de la conducta y un 1,1% sufrió trastornos mentales"¹¹.

Es muy interesante, aunque no despeja la incógnita sobre las cifras reales, el concepto de *prevalencia, incidencia y frecuentación administrativa* que utiliza el libro blanco para analizar la actividad ambulatoria. Interesante porque muchos profesionales de salud mental observan que el número creciente de consultas de niños y adolescentes no se corresponde con un aumento real de la patología. Más bien, entre otros factores, con una incapacidad de contención de los padres a sus hijos, de los pediatras a los padres y de los profesores a los alumnos.

El tema de la epidemiología queda por resolver en manos de los psicólogos y los psiquiatras. A los pediatras nos corresponde mejorar nuestra formación para el beneficio de los pacientes y, secundariamente, derivar menos y mejor. Desahogar los dispositivos de atención especializada, saturados, desgastados y con recursos cada vez más limitados, permitiría atender más y mejor a los verdaderos pacientes.

ALGUNAS CLAVES PARA ENTENDER LA NORMALIDAD

La salud mental está ligada a determinantes sociales, personales, familiares y genéticos; los primeros serían objeto de otro análisis y los últimos son poco modificables. Sin embargo los pediatras de atención primaria estamos en un lugar privilegiado para observar los aspectos personales y familiares que condicionan un ambiente suficientemente bueno para la crianza:

- Necesidades **físicas básicas** cubiertas: alimentación, higiene, salud, etc.

- La existencia de una persona que cumpla la **función materna** (Winnicott) en sus tres vertientes:
 - a) *Holding*: soporte emocional.
 - b) *Handling*: aspectos materiales del cuidado.
 - c) *Object-presenting*: capacidad de poner a disposición del bebé el objeto amado en el momento adecuado. Ni demasiado pronto que prive al niño de experimentar su necesidad y más tarde desear, ni tan tarde que suprima su deseo. Una función vital para pasar de la simbiosis al vínculo.

- Ansiedades que acompañan a los procesos normales de separación, progresivas y no excesivas. En este sentido hay que tener en cuenta que la salud, tiene sus propios riesgos, como la capacidad de sufrir; y las pérdidas o las separaciones normales, pueden ser mucho peores para los niños sanos que para los psicológicamente inmaduros o enfermos.

- Que las inevitables frustraciones que acompañan al proceso madurativo normal sean tolerables.

- Un balance positivo entre las buenas y las malas experiencias.

Como podemos deducir, una crianza sana, desde el punto de vista psicológico, no requiere un contexto familiar de abundancia o riqueza material, ni un progenitor biológico, y mucho menos una madre obsesivamente pendiente del niño que evite cualquier frustración. Porque el desarrollo psicológico de un niño sano pasa, inevitablemente, por conflictos y síntomas que irá resolviendo progresivamente¹² a la vez que genera vínculos afectivos, y desarrolla la mentalización y la autonomía. Proceso que requiere que el niño se sienta querido, aceptado, reconocido, protegido y escuchado incondicionalmente en un entorno cálido, predecible, estable, comprensible y con significado. Pero también que experimente las frustraciones que producen los límites necesarios para su educación.

Asumir los límites y las limitaciones de la vida, es estructurante del psiquismo y necesario para el proceso de maduración, es decir, para construir consciente e inconscientemente, los criterios de bondad o maldad del mundo y de la propia conducta.

La ausencia de síntomas durante el desarrollo, no es un criterio de normalidad; un adolescente deprimido puede tener una buena adaptación social, y un niño normal puede tener grandes problemas de control de esfínteres. Tampoco es un criterio fiable el estadístico; la salud entendida exclusivamente como norma estadística podría canonizar la mediocridad y despreciar la creatividad.

La salud mental está del lado del carácter transitorio de los bloqueos, de la flexibilidad de los mecanismos de defensa y la reversibilidad de las organizaciones psíquicas. Debemos sospechar un problema psicológico relevante, cuando hay una fijación de los mecanismos de defensa que bloquean en mayor o menor medida el desarrollo del niño en una o más áreas. Una diferencia que podemos apreciar, por ejemplo, comparando las alteraciones de la conducta alimentaria que presentan muchos adolescentes normales (que rechazan su imagen corporal en algún momento de su proceso de cambio), con la anorexia mental.

ALGUNAS CLAVES PARA DERIVAR MEJOR

- I. Antes de pensar que un niño o un adolescente tiene un problema psicológico debemos **diferenciar**:
 - Lo reactivo. Síntomas normales en torno a un evento que altera la vida del niño: tener un hermano, un cambio de casa o de colegio, la muerte de un familiar o una mascota, la separación de sus padres, etc.
 - Lo evolutivo. Síntomas normales, propios de la inmadurez, como el tartamudeo de los primeros años o los vaivenes del control de esfínteres, teniendo en cuenta la gran variabilidad de las adquisiciones, hitos o logros normales.

- Lo psicossomático. Síntomas sin correlato orgánico, como la anorexia no psicógena, el dolor abdominal recurrente, los pinchazos en el corazón, etc.
 - Lo estructural. Los trastornos generalizados del desarrollo o las estructuras patológicas de la personalidad siempre son patológicos.
2. Explorar la existencia de **síntomas**, pero sobre todo si estos son persistentes, rígidos, o en más de un contexto o área:
 - Funciones fisiológicas: alimentación, sueño, esfínteres.
 - Habilidades sociales y conducta en el ámbito familiar, escolar y con los amigos, preguntando específicamente por el juego. Un niño que juega es un niño sano.
 - Manifestaciones afectivas y vínculos con la familia y en el ámbito escolar.
 - Relaciones con uno mismo: autoestima, autoconservación, autorregulación emocional y pensamientos.
 - Capacidad de afrontamiento o resolución de problemas.
 3. **Tener claro que derivamos al niño y no a sus padres.** Es frecuente que los padres consulten sin traer al hijo, pero una derivación consistente requiere conocer al paciente (de la misma manera que necesitamos ver un *nevus* para derivarlo) y tener, al menos, una pequeña entrevista para explicarle a dónde se deriva y por qué. Sin embargo no es necesario poner un diagnóstico de sospecha; en muchas ocasiones es más orientativo describir los síntomas del niño y la actitud de los padres.
 4. **Canalizar adecuadamente** la derivación. *Urgente* si existe riesgo autolítico, *preferente* si hay sinto-

matología psicótica aguda (alucinaciones, ideas delirantes, trastornos de la vivencia del yo) y todos los demás casos *vía normal*.

5. Conservar el hábito de conjugar el verbo **contener**. Yo (pediatra) contengo, tú (padre/madre) contienes, él (profesor/educador) contiene, no es dejar de trabajar interdisciplinadamente, ni echar balones fuera. Implica que cada persona, cada profesional, asuma su parcela de responsabilidad.
6. **Continuar formándonos** (¡hasta el infinito y más allá!) y quitar esas barreras subjetivamente insuperables ("nunca sabré de estos temas"), que pueden ser excelentes excusas para evitarnos la fatiga de pensar.

Los pediatras de atención primaria tenemos como aliado al tiempo. Cada consulta es una oportunidad para observar lo normal, comprender y explicar a la familia los síntomas evolutivos normales, y detectar y derivar la verdadera patología.

Una vez hemos tenido en cuenta todas estas claves, caben destacar dos motivos de derivación cuya frecuencia en los últimos años ha ido aumentando: la irritabilidad y las autolesiones.

IRRITABILIDAD

El concepto irritabilidad en medicina se entiende como una reacción anormal a estímulos ligeros¹³. Esta definición también sería válida en términos psicopatológicos, definiéndose como la expresión de emociones de ira o agresividad ante mínimos estímulos o con una frecuencia mayor de lo habitual, caracterizado por un menor control volitivo del temperamento¹⁴.

Existen varios términos relacionados con el concepto de irritabilidad como son la disforia, el humor disfórico y el humor irritable. Disforia hace referencia al dolor, angustia, agitación excesiva, intranquilidad, inquietud y malestar asociado a un estado depresivo¹⁵. Humor disfórico se emplea para describir a alguien que está malhumorado,

gruñón, irritado, enfadado, amargado, a veces hostil y desconfiado, sensible a todo estímulo¹⁶. Un término muy similar es el humor irritable en el que la irritabilidad se entiende no como un estado sino como un rasgo de la persona en el que se siente especialmente molesto y con tendencia a expresar ira¹⁵.

Diagnóstico diferencial

La irritabilidad en el sentido psicopatológico puede aparecer como un síntoma más e incluso en ocasiones como síntoma inicial en muchas patologías médicas como la celiaquía, diabetes mellitus, hipoglucemia, otitis, cistitis, tiroiditis, colon irritable, encefalitis, meningitis, epilepsia, traumatismos craneoencefálicos, delirium, consumo de tóxicos o como efecto adverso de ciertos medicamentos.

En psiquiatría, la irritabilidad es un síntoma que puede aparecer en la descripción de muchos trastornos mentales¹⁷ como la discapacidad intelectual, la esquizofrenia y otras psicosis, en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el trastorno por ansiedad generalizada, los trastornos del vínculo, la dismorfofobia, los trastornos del espectro autista, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del sueño, los trastornos de conducta, en el trastorno explosivo intermitente y en los trastornos de personalidad.

Supone un síntoma más relevante en aquellos trastornos en los que aparece como un criterio diagnóstico. Este es el caso de los siguientes diagnósticos cuyas peculiaridades pueden facilitar el diagnóstico diferencial:

- a) Trastorno por estrés postraumático, en el que es necesario un acontecimiento estresante previo que justifique la sintomatología.
- b) Adicciones comportamentales como la ludopatía, adicción a las nuevas tecnologías, etc. Comportamientos que en el caso de los menores suelen ser referidos espontáneamente por sus padres.
- c) Disforia de género, en el que la irritabilidad se debe a un fuerte deseo de ser del otro sexo.

- d) Trastorno disfórico premenstrual, en el que la irritabilidad aparece en la semana previa a la menstruación.
- e) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el que la irritabilidad puede aparecer como una alteración en las funciones ejecutivas y como una disregulación en la expresión emocional.
- f) Trastorno de ansiedad generalizada que se caracteriza fundamentalmente por preocupación e inseguridad, más que por irritabilidad, ante situaciones cotidianas o su capacidad. Necesitan aprobación constante y su autoconcepto suele ser muy negativo.
- g) Trastorno depresivo que va acompañado de otra psicopatología grave como apatía, anhedonia y sintomatología física como anorexia, insomnio o fatiga, al menos durante las dos semanas previas.

Para completar la lista de trastornos en los que la irritabilidad aparece como síntoma relevante estarían el trastorno bipolar (TB), el trastorno opositorista desafiante (TOD) y el trastorno por desregulación emocional severa (TDES). Para su diagnóstico diferencial conviene tener en cuenta ciertos aspectos clínicos y epidemiológicos¹⁸⁻³⁰:

1. Tiempo de evolución. En el TB será episódica y reciente, de días de evolución. En los otros dos trastornos no es tan sencillo determinar un inicio diferenciador, no es episódica y puede llevar meses.
2. Humor habitual y síntomas principales: en el TB es claramente diferente con un ánimo exaltado, desinhibición, conductas de riesgo y taquipsiquia; el autoconcepto suele estar muy magnificado. En el TOD el humor habitual puede ser irritado o normal y se acompaña de un comportamiento constante desafiante, opositorista, terco, polémico, susceptible, rencoroso, frío e hiriente; su autoconcepto suele ser bueno o algo negativo. En el TDES el ánimo es irritado, están como enfadados con el mundo, con rabietas frecuentes en un mismo día, varias veces a la semana de una intensidad desproporcionada a lo

sucedido y sobre todo, al momento evolutivo del niño; se suelen acompañar de sentimientos de remordimiento y culpa que le generan un autoconcepto muy negativo.

3. Edad y sexo. El TB es raro antes de los 13 años y aparece por igual en chicos que en chicas. El TOD suele aparecer antes de los seis años y es más frecuente en varones y el TDES suele aparecer entre los seis y los doce años y también es más frecuente en niños.
4. Antecedentes familiares: de TB en el TB. Nivel socioeconómico bajo, ambiente caracterizado por la hostilidad y la depresión materna en el postparto son los antecedentes relacionados con el TOD. En el TDES no están claros los antecedentes familiares.
5. Prevalencia: se calcula que el 0,6% de la población general padece un TB y que el 0,3-0,5% de los bipolares adultos inician el trastorno antes de los 10 años. El TOD se estima que tiene una prevalencia del 5% y el TDES del 3%.
6. Pronóstico. La evolución del TB con los años es hacia un TB, el TOD suele evolucionar hacia trastornos de conducta y trastorno disocial de la personalidad, mientras que el TDES evolucionaría hacia trastornos depresivos, distimia o trastorno de ansiedad generalizada.

En definitiva, irritabilidad sería la tendencia a responder con ira ante un estímulo, que resulta desproporcionada por su intensidad o por su frecuencia y que no tiene ningún control volitivo, que puede aparecer en distintos trastornos mentales para los que se requiere un diagnóstico diferencial detallado y basado principalmente en una buena historia clínica (qué le ocurre, desde cuándo y con qué se relaciona).

AUTOLESIONES

Autolesión se define como el daño físico que alguien se causa voluntariamente a sí mismo. No es un tema reciente pues Favazza³¹, psiquiatra americano con gran interés

por las autolesiones en el contexto cultural y psiquiátrico, en 1992 avanzó que era la próxima "enfermedad desconocida" aunque ya se conocía en el autismo y en los presos. Su mayor prevalencia contrasta con dos paradojas: el dolor que alivia dolor y la gran paradoja de la sociedad actual caracterizada por una mayor prosperidad en cuanto a lo material y seguridad.

Se calcula que 21% de los adultos y hasta el 40% de los adolescentes ingresados es por una autolesión. Entre el 7 y el 14% de los adolescentes reconocen haberse autolesionado al menos una vez, y el 4% de forma repetida. Se producen con más frecuencia en mujeres entre los 10 y 15 años y suponen un riesgo para intentos autolíticos posteriores^{32,33}.

Diagnóstico diferencial

Para el diagnóstico diferencial de las autolesiones, la primera pregunta que hay que responderse es si la intención era hacerse daño³⁴. Hay muchas formas de autolesionarse cuyo objetivo final no es lesionarse: tatuajes, piercing, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de tóxicos o comportamientos de riesgo.

Cuando el objetivo era claramente hacerse daño, la siguiente aclaración es saber si la intención era suicida o no. Los intentos suicidas con ideas de muerte francas requieren un capítulo aparte, por lo que nos centraremos en las autolesiones sin intención suicida pero cuyo objetivo sí es hacerse daño. La forma de presentación de la autolesión voluntaria sin intención suicida puede ayudar en el diagnóstico diferencial³³:

1. Autolesión grave en forma de mutilaciones, castraciones o enucleaciones se relacionan con algún tipo de psicosis en el 75% de los casos.
2. Autolesión estereotipada en forma de golpes, mordiscos, bofetadas, etc. suele aparecer en los retrasos mentales y en los trastornos del espectro autista.

3. Autolesión compulsiva con rascado, onicofagia o tricotilomanía en general aparece como un síntoma de ansiedad.
4. Autolesión impulsiva con cortes, quemaduras o pinchazos puede estar relacionada con distintas motivaciones^{32,35}.
 - a) Regulación de afectos: el dolor físico supe al dolor psicológico. La tensión emocional desborda al individuo de forma que se hace intolerable y prefiere el dolor físico para superar el malestar.
 - b) Influencia interpersonal, bien como petición de ayuda o con intención de culpabilizar a otros.
 - c) Adquirir una identidad. Aquellos adolescentes con dificultades en reconocer o aceptar su propia identidad, encuentran en las autolesiones la explicación para sentirse diferentes e incluso en otras ocasiones, las utilizan como herramienta de socialización con grupos de iguales que también las realizan.
 - d) Disociación. Adolescentes que han sufrido algún trauma que les mantiene en un estado paralelo a la realidad, la autolesión les permite disociarse de dicho estado y contactar con la realidad.
 - e) Como alternativa al suicidio en casos de gravedad con ideas autolíticas persistentes pero sin deseo franco de muerte.
 - f) Autocastigo.
 - g) Búsqueda de sensaciones.

En resumen, no todas las autolesiones son iguales, ni mucho menos son todas para llamar la atención y en cualquier caso, cuando un adolescente se autolesiona de forma repetida requiere atención especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duelo Marcos M, Arroba Basanta ML. ¿Estamos los pediatras preparados para detectar y prevenir los problemas psicológicos de nuestros pacientes? *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:515-8.
2. Bonet de Luna C, Marín JL. Patología, normalidad o "niños a la carta"; reflexionando en Paidopsiquiatría. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:321-31.
3. 10 Datos sobre la Salud Mental. [Fecha de acceso 12 nov 2014]. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/
4. Community Report on Autism 2014. [Fecha de acceso 12 nov 2014]. Disponible en http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/states/comm_report_autism_2014.pdf.
5. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:980-9.
6. Ortiz Lob A, De la Mata Ruiz I. Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Atopos*. 2004;3:15-21.
7. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Glob Health Action*. 2014;7:23998.
8. Clark J. Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health. *Glob Health Action*. 2014;7:24000.
9. Plan Estratégico de Salud Mental de la CAM 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. [Fecha de acceso 12 nov 2014]. Disponible en <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142585>

- 101254&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal.
10. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos, 14. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. [Fecha de acceso 3 dic 2014]. Disponible en <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>
 11. Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz (ed); 2014. [Fecha de acceso 12 nov 2014]. Disponible en www.fundacionaliciakoplowitz.org
 12. Escudero Álvaro C. Las etapas del desarrollo evolutivo. *Form Act Pediatr*. 2012;5:65-72.
 13. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 30ª ed. Madrid: Elsevier Saunders; 2005.
 14. Eguiluz I, Segarra R. Introducción a la Psicopatología. Una visión actualizada. 3ª ed. Editorial Médica Panamericana; 2013.
 15. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
 16. Scharfetter Ch. Introducción a la psicopatología general. 2ª ed. Madrid: Ediciones Morata; 1988.
 17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition: DSM-5. American Psychiatric Association. Washington DC; 2013.
 18. Coghill D, Bonnar S, Duke SL, Graham J, Seth S. Child and Adolescent Psychiatry. Oxford specialist handbooks in Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2009.
 19. Soutullo C, Mardomingo MJ (coords.). Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente (AEP-NYA). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
 20. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello E, et al. Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 2006;60:991-7.
 21. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. *Am J Psychiatry*. 2009;166:1048-54.
 22. Leigh E, Smith P, Milavic G, Stringaris A. Mood regulation in youth: research findings and clinical approaches to irritability and short-lived episodes of mania-like symptoms. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:271-6.
 23. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry*. 2012;169:47-54.
 24. Stringaris A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20:61-6.
 25. 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.
 26. Milkita N, Stringaris A. Mood dysregulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22 Suppl 1:S11-6.
 27. Krieger FV, Polanczyk VG, Goodman R, Rohde LA, Graeff-Martins AS, Salum G, et al. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM-5 proposal and etiological links. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 2013;52:389-400.
 28. 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 Adolesc Psychiatry*. 2012;51:593-604.

29. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *Am J Psychiatry*. 2011;168:129-42.
30. Rodríguez A, Pelaz A. Síndrome de desregulación emocional. Una nueva entidad diagnóstica. A propósito de un caso. *Rev Psiqu Inf Juv*. 2013;4:44-8.
31. Favazza AR. *Bodies under siege. Self mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.
32. Wilkinson P. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22 Suppl 1:S75-9.
33. Villarroel J, Jerez S, Montenegro A, Montes C, Igor M, Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Non suicidal self injuries in clinical practice. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2013;51:38-45.
34. Sommerfeldt B, Skarderud F. What is self-harm? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2009;16:129:754-8.
35. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:226-39.