

Urgencias psiquiátricas en la adolescencia

P. Sanchez Mascaraque. Centro de salud mental de Coslada. Hospital Infantil Niño Jesús.

Resumen

Se presentan cuatro casos clínicos que pueden ser representativos de algunas de las urgencias psiquiátricas más frecuentes en la adolescencia. Se describe la clínica, se plantea un diagnóstico y se propone un tratamiento sobre todo centrado en la intervención urgente, discutiendo la indicación o no de ingreso psiquiátrico urgente.

Palabras clave: *Clave Adolescentes. Urgencias Psiquiátricas. Pediatría*

Abstract

There are four clinical cases that may be represent some of the most frequent psychiatric emergencies in adolescence. The clinic is described, a diagnosis is made, and a treatment is proposed, mainly focused on urgent intervention, discussing the indication or not of urgent psychiatric admission.

Keywords: *Adolescents. Psychiatric Emergencies. Pediatrics*

Introducción

Las urgencias psiquiátricas en la adolescencia han aumentado en los últimos años. La repercusión en la actividad asistencial del pediatra dependerá de si trabaja en Atención Primaria o en un hospital. Las urgencias hospitalarias reciben niños con graves problemas de conductas heteroagresivas, episodios de agitación psicomotriz, intentos autolíticos, conductas autolesivas, intoxicaciones y trastornos de la conducta alimentaria, entre otras patologías, con necesidad de valorar la indicación un ingreso hospitalario. Uno de los problemas que se plantean es que por lo general, los Servicios de Urgencias no tienen ningún área específica para la atención de estos pacientes y mucho menos un psiquiatra infantil disponible. Por otra parte es habitual que no haya cama en la Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para Adolescentes ya que en la actualidad son insuficientes y suele haber lista de espera para ingresar, esto hace que en una primera intervención el pediatra se haga cargo tanto de la evaluación como del ingreso hasta la valoración psiquiátrica. La buena disposición de los profesionales hace posible solventar estas dificultades.

Uno de los problemas que se plantean es que por lo general, los Servicios de Urgencias no tienen ningún área específica para la atención de estos pacientes y mucho menos un psiquiatra infantil disponible

En las consultas de Atención Primaria y con las largas listas de espera que hay en los Centros de Salud Mental, el pediatra debe decidir qué caso es motivo de derivación urgente

Se considera una urgencia psiquiátrica en la adolescencia a un proceso que genera suficiente tensión emocional para que el adolescente y su familia consideren difícil el control de la situación

En las consultas de Atención Primaria y con las largas listas de espera que hay en los Centros de Salud Mental, el pediatra debe decidir qué caso es motivo de derivación urgente. Son motivos de considerar esta decisión entre otros: la expresión por parte del adolescente de ideación autolítica en la consulta, el hallazgo casual o no de autolesiones, la información de que consume tóxicos o el detectar tras múltiples visitas por quejas físicas inespecíficas que el paciente tiene algún tipo de patología psicósomática. Si un adolescente nos informa de que es víctima de acoso escolar también puede ser necesaria una intervención urgente⁽¹⁾.

El aumento de la prevalencia de urgencias psiquiátricas sigue una distribución por sexos. Aparece una asociación significativa entre los trastornos de conducta y uso de sustancias en varones y las conductas autolesivas y los trastornos de conducta alimentaria en las chicas⁽²⁾.

Se considera una urgencia psiquiátrica en la adolescencia a un proceso que genera suficiente tensión emocional para que el adolescente y su familia consideren difícil el control de la situación. Los objetivos básicos de la actuación médica son atenuar la sintomatología aguda, detectar el riesgo de auto o heteroagresividad y valorar la necesidad de ingreso psiquiátrico. Siempre es necesaria una evaluación médica previa que descarte una causa orgánica subyacente y estabilice al paciente si es necesario.

En este capítulo se van a abordar algunas urgencias psiquiátricas en adolescentes con casos clínicos concretos y una pequeña revisión teórica al respecto.

Caso clínico 1

Motivo de Consulta: Amenazas autolíticas.

Enfermedad Actual: Adolescente de 17 años de edad, la 3ª de 5 hermanos, remitida por su pediatra porque la paciente le ha dicho en consulta que tiene intención de suicidarse.

En su historia personal destaca que fue diagnosticada a los seis años de edad de trastorno por déficit de atención con hiperactividad y desde entonces ha seguido tratamiento privado con metilfenidato y desde hace unos meses con lisdanfetamina. Arrastra dificultades académicas, está en su curso pero con enorme esfuerzo y necesidad de ayudas extraescolares. No ha repetido ningún curso pero este año ha iniciado 1º de bachillerato y sus notas son muy malas. Por otra parte, siempre ha tenido dificultad para relacionarse con sus iguales por su impulsividad y también por su hipersensibilidad al rechazo social y falta de iniciativa para iniciar relaciones sociales.

En el último año se le han acumulado fracasos académicos y sociales quedándose sin amigas. Expresa sentirse una inútil, tonta e "invisible" para las otras niñas. En su familia percibe decepción en sus padres y ser un problema para ellos. Sus hermanos son buenos estudiantes y sin problemas psicológicos. Su colegio es privado, muy exigente y con negativa a hacer a la niña las adaptaciones curriculares que precisaría.

En los últimos meses se ha realizado múltiples cortes en los brazos, hace llamadas constantes de atención, expresa quejas físicas inespecíficas, tiene sensación constante de insatisfacción, ánimo deprimido, irritabilidad e ideación autolítica.

Realiza desde hace dos años psicoterapia y sigue tratamiento farmacológico con lisdanfetamina 30 mg, sertralina 100 mg, venlafaxina 75 mg, y aripiprazol 5 mg.

Su psicoterapeuta la deriva para gestionar un ingreso psiquiátrico urgente porque le ha expresado que ya no aguanta más y se va a matar.

A propósito de este caso vamos a revisar la **valoración de los intentos autolíticos en la adolescencia**. La valoración de riesgo suicida debe incluir:

Peligrosidad del método elegido. Intencionalidad real de muerte. Posibilidades de ser descubierto. Existencia de mensajes o cartas de despedida. Presencia de un diagnóstico psiquiátrico en especial depresión. Intentos previos. Historia de suicidios en la familia. Factores familiares y sociales.

Los principales criterios de hospitalización son⁽³⁾:

- Características del suicidio: alta letalidad de la conducta suicida, alta intencionalidad suicida, persistencia de la ideación suicida, agitación, irritabilidad, actitud amenazante.
- Existencia de trastornos psiquiátricos: depresión, psicosis, consumo de tóxicos.
- Características familiares: maltrato, trastorno psiquiátrico grave de los padres, familia incapaz de controlar la situación, familia incapaz de responsabilizarse de un tratamiento ambulatorio y o abandono del tratamiento ambulatorio.

En nuestro caso y tras entrevista con la paciente y su familia se descarta un riesgo alto de suicidio. La paciente ha pensado como método autolítico la ingesta de psicofármacos, desconoce su capacidad de letalidad, realmente no desea morir y nunca lo haría pensando en sus padres, nunca ha pensado en planificarlo, no ha habido intentos previos, su familia tiene una actitud sensata y de fuerte apoyo a su hija, no hay psicopatología familiar ni historia de suicidios en la familia, consigue hacer planes de futuro y se ha propuesto decir a sus padres que quiere abandonar bachillerato y hacer formación profesional.

Con la historia clínica y la exploración psicopatológica se le hacen los siguientes diagnósticos.

Juicio Clínico: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Depresión. Personalidad con rasgos de inmadurez, impulsividad e inestabilidad emocional sin que lleguen a configurar un trastorno de personalidad.

La actitud terapéutica que se toma es la siguiente: Se descarta ingreso psiquiátrico urgente. Se planifica una intervención centrada en mejorar la comunicación familiar. Se propone un cambio de colegio buscando experiencias de éxito. Psicoterapia individual centrada en sus dificultades sociales. Mantener la medicación para su hiperactividad y depresión. Si cambia la clínica y aparece intencionalidad suicida volver a reevaluar un posible ingreso.

Se toma la decisión de no hacer un ingreso psiquiátrico en base a no haber intentos autolíticos previos, no encontrarse intencionalidad suicida, no haber antecedentes psiquiátricos familiares y existir una buena contención familiar con disposición a colaborar en el tratamiento. Aparece como factor de riesgo la presencia de depresión, pero la niña hace planes de futuro, planifica un cambio de estudios y no se encuentra desesperanzada.

Las ventajas de un ingreso hospitalario habrían sido garantizar la contención, valoración de la intencionalidad de forma más tranquila, monitorizar el ajuste farmacológico y revisar el diagnóstico si hay dudas.

Pero no hay que olvidar que un ingreso psiquiátrico en un adolescente tiene desventajas, en primer lugar el contagio con el entorno con imitación de nuevas conductas patológicas y el aprendizaje del papel de enferma psiquiátrica con las ganancias consiguientes.

La valoración de riesgo suicida debe incluir: Peligrosidad del método elegido. Intencionalidad real de muerte. Existencia de mensajes o cartas de despedida. Presencia de un diagnóstico psiquiátrico en especial depresión. Intentos previos. Historia de suicidios en la familia. Factores familiares y sociales

Los principales criterios de hospitalización por suicidio son: características del suicidio, existencia de trastornos psiquiátricos, características familiares

Caso clínico 2

Motivo de Consulta: Conducta heteroagresiva.

Enfermedad Actual: Adolescente de 15 años de edad, es traído a urgencias del hospital por la policía tras haber agredido a su madre en el contexto de una discusión familiar.

En su historia personal destaca la presencia de problemas de conducta desde su infancia temprana con una marcada dificultad para aceptar las normas y los límites, con conductas agresivas ante la frustración, mal control de la ira con tendencia al resentimiento, rabietas, retos y desafíos a las figuras de autoridad y mal humor e irritabilidad persistentes. Durante la escolarización primaria ha ido consiguiendo los objetivos académicos con problemas de conducta sobre todo en el entorno familiar que han sido aceptablemente controlados.

Con el inicio del instituto y la educación secundaria los problemas se han agravado con aparición de conductas de agresividad verbal y física hacia sus padres cuando intentan ponerle límites, abandono de sus responsabilidades escolares, mentiras, novillos, hurtos y retos a los profesores con graves faltas de respeto que han originado varias expulsiones del instituto.

El mes previo había sido atendido en urgencias por intoxicación etílica. En urgencias refiere que pegó a su madre porque le quiso castigar quitándole el móvil y se descontroló porque no puede vivir sin él, se muestra arrepentido y avergonzado.

En la analítica de tóxicos en orina aparece cannabis, los padres refieren que ya sabían que consumía drogas y que incluso trapicheaba con ellas y que su conducta se ha vuelto muy agresiva coincidiendo con el consumo de tóxicos.

Los padres no presentan patología psiquiátrica. El abuelo paterno era alcohólico y había malos tratos en la familia.

Los trastornos de conducta en varones adolescentes han aumentado su prevalencia y constituyen una de las causas más frecuentes de urgencias en psiquiatría infantil.

Los diagnósticos que se plantean son los siguientes: Trastorno Negativista Desafiante. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Trastorno Disocial. Consumo de Tóxicos. Trastorno de Personalidad.

La indicación de ingreso psiquiátrico en estos casos se hace en base al riesgo hacia su entorno o hacia el mismo o si aparecen amenazas de autolisis. El tratamiento farmacológico es sintomático y la intervención debe ser fundamentalmente psicosocial. Es frecuente encontrar un ambiente familiar caótico con discrepancias educativas entre los padres, separaciones conflictivas y patología psiquiátrica en los progenitores.

En nuestro caso el adolescente había sido diagnosticado de trastorno negativista desafiante y seguía tratamiento psicoterapéutico y farmacológico con risperidona 3 mg día.

En la historia clínica se encontraron síntomas sugerentes de hiperactividad además de los propios del trastorno negativista desafiante.

Se descartó el ingreso hospitalario por deseo de los padres, en urgencias desapareció la agresividad con contención verbal. En base a la historia clínica y la exploración psicopatológica se hacen los siguientes diagnósticos.

Los trastornos de conducta en varones adolescentes han aumentado su prevalencia y constituyen una de las causas más frecuentes de urgencias en psiquiatría infantil

Juicio Clínico: Trastorno Negativista Desafiante. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Consumo de Tóxicos y Trastorno Disocial.

En este caso como en otros los problemas conductuales sin repercusión académica habían ocultado el diagnóstico de TDAH privándole de un tratamiento farmacológico que quizá habría condicionado una mejor evolución.

La actitud terapéutica que se tomó fue: Asociar metilfenidato al risperdal. Centrar la intervención en el consumo de tóxicos ya que su inicio se identificó como claro factor de mal pronóstico. Iniciar intervención familiar para unificar criterios educativos y compartir responsabilidad. Abordaje conductual con retirada de privilegios enseñando a discriminar las conductas más graves. Si no mejora su conducta en el instituto derivación a un CET (Centro Educativo Terapéutico). En caso de repetirse un episodio de agresividad llamar al 112 y reconsiderar la necesidad de ingreso hospitalario.

Caso clínico 3

Motivo de Consulta: Autolesiones.

Enfermedad Actual: Adolescente de 15 años de edad remitida por su médico de familia por hallazgo casual de múltiples cortes superficiales en los brazos.

Partiendo de una obesidad previa, esta niña empezó a perder peso hasta 9 kg en seis meses, su madre descubre que está vomitando por lo que alarmada la lleva al médico.

En la actualidad pesa 51 kg y mide 155cm. Vomita casi a diario sobre todo la merienda en la que ingiere muchos dulces y también cuando sale con amigas a comer. Se corta desde hace meses, una amiga también lo hace y se lo contó. Se hace cortes en los brazos tras discusiones con sus padres, tras recibir castigos, o después de haber tenido problemas con las compañeras del colegio. Cuando se le pregunta por qué lo hace responde que le tranquiliza, otras veces es para combatir la sensación de vacío que en ocasiones tiene. Su estado de ánimo es inestable, con bajones en los que llora sobre todo por la noche y piensa que su vida es un asco. Ha tenido ideación autolítica ocasional sin deseos reales de quitarse la vida ni morir. Coincidiendo con estos síntomas ha dejado de estudiar, su conducta ha empeorado, no respeta normas, presenta desafíos y retos a profesores, novillos y peleas con sus iguales llegando a estar agresiva. Tiene la mano derecha con heridas como consecuencia de un golpe contra la pared "para no pegar a una niña". No hay consumo de tóxicos ni alcohol.

En su biografía destaca que es de origen ecuatoriano, su padre abandonó a la familia cuando ella tenía 8 años y tuvo otra hija con su pareja, volvió a los 3 años, ella nunca le ha perdonado. Iba a un colegio público pero la cambiaron a un concertado hace dos años porque a sus padres no les gustaban sus amigas. No se ha adaptado al nuevo centro escolar, piensa que son unas pijas y que se burlan de ella porque no es muy lista y por como viste. Se encuentra sola y sin amigas y se quiere cambiar a un colegio público.

La madre nos advierte de que muchas cosas de las que dice son mentira y de que manipula y provoca discusiones entre los padres para conseguir sus objetivos. Denunció a su padre de que la pegaba y la familia está en seguimiento en Servicios Sociales. En base a la historia clínica y la exploración psicopatológica se hacen los siguientes diagnósticos:

Juicio Clínico: Autolesiones. Bulimias. Inestabilidad emocional. Conflictividad familiar.

Las autolesiones se han convertido en una urgencia psiquiátrica frecuente. Este diagnóstico no está presente como tal en el DSM-V. Se puede definir como "provocar daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias" (Mental Health Foundation 2000)

Las autolesiones se han convertido en una urgencia psiquiátrica frecuente. Este diagnóstico no está presente como tal en el DSM-V. Se puede definir como "provocar daño de forma deliberada en el propio cuerpo, principalmente a través de cortes pero también en forma de quemaduras y abuso de drogas, alcohol y otras sustancias" (Mental Health Foundation 2000).

Estas conductas han ido aumentando en especial en las adolescentes sin que se sepa a ciencia cierta cuál es la causa. La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente elaboró un protocolo sobre su abordaje.

Se consideran factores de riesgo de conducta autolesiva en adolescentes:

1. Características personales: Escasa capacidad de solución de problemas, impulsividad, desesperanza, ira y hostilidad.
2. Presencia de trastorno psiquiátrico: Depresión, abuso de sustancias, trastorno de conducta y síntomas psicóticos.
3. Características familiares: Vivir sólo con uno de sus padres, problemas de convivencia entre los padres y falta de calidez en las relaciones familiares.
4. Medios de comunicación: por contagio social.

Cada vez se presta más atención al valor predictivo de las autolesiones como factor de riesgo de un futuro intento de suicidio. En este sentido se señalan dos estudios⁽⁴⁾ que demuestran que si cesan las autolesiones disminuye el riesgo de pensamientos y conductas suicidas y en el otro estudio⁽⁵⁾ con 400 adolescentes con autolesiones se concluye que la existencia de depresión y su severidad se asocia claramente con el paso a ideación e intentos autolíticos y que los pacientes que utilizaban más de un método para autolesionarse y métodos cada vez más peligrosos y que tenían más conductas de riesgo tenían más intentos de suicidio en el seguimiento a dos años.

La autolesión como manera de huir de emociones o pensamientos negativos puede derivar a un intento de suicidio si no consigue mitigar esos estados.

Evolución y tratamiento: Volviendo al caso clínico, esta paciente tiene muchos factores de riesgo: impulsividad, ira, escasa capacidad de solución de problemas, conductas de riesgo (bulimias, agresividad), utiliza más de un método de autolesión (cortes y golpes) y hay problemas entre sus padres muy graves.

En la evolución hizo un intento autolítico con ingesta medicamentosa voluntaria de topiramato y fluoxetina que se le había pautado en la última cita en consultas.

Tras el gesto auto lítico se decidió ingreso psiquiátrico urgente en Unidad de Psiquiatría por falta de crítica, expresión de profunda desesperanza y pesimismo en cuanto al futuro sin ser capaz de ver solución a sus problemas. Tras el alta se derivó a Hospital de Día.

Caso clínico 4

Motivo de Consulta: Movimientos clónicos.

Enfermedad Actual: Niño de 12 años de edad derivado desde un Servicio de Urgencias hospitalarias donde fue llevado por sus padres por presentar en el colegio un episodio que sugería la existencia de clínica neurológica. Dicho episodio consistía en movimientos de abrir y cerrar la boca de forma exagerada, mover la cabeza de un lado a otro, mover de forma descoordinada un brazo y una pierna y decir que veía doble. Valorado en la urgencia, la exploración física es incongruente, los síntomas ceden con técnicas de distracción y la exploración neurológica cuando

Cada vez se presta más atención al valor predictivo de las autolesiones como factor de riesgo de un futuro intento de suicidio. La autolesión como manera de huir de emociones o pensamientos negativos puede derivar a un intento de suicidio si no consigue mitigar esos estados

el niño está tranquilo es normal. Historiando al paciente presenta antecedentes de bronquiolitis los dos primeros años de vida y laringitis graves de repetición por reflujo gastroesofágico. Con 5 años se le practicó tratamiento quirúrgico Nissen. En la evolución estos síntomas de apariencia neurológica remitieron pero a la semana presenta una tos persistente que interfiere de forma grave en su vida e impide su escolarización. La tos no responde a los tratamientos habituales y no se encuentra patología física que la justifique. Ante estos hallazgos y la sospecha de que los síntomas sean psicógenos se deriva al niño a la consulta de psiquiatría infantil.

Los padres comentan que todos los síntomas han coincidido con que ha tenido que hacer un trabajo en equipo porque en su colegio están potenciando el trabajo cooperativo. Su hijo siempre ha tenido dificultades para comprender el significado de compartir, ceder, perder, esperar. El día que le llevaron a urgencias se había quedado sin grupo de trabajo porque ningún niño se quería poner con él.

En la exploración se ve que es un niño torpe motrizmente, evita contacto ocular, tiene estereotipias motoras, gesticula en exceso, habla con lenguaje adultomorfo y entonación peculiar y monopoliza la conversación hablando de un videojuego al que dedica horas y en el que es un experto recurriendo a él obsesivamente aunque se saque otro tema de conversación.

En su desarrollo psicomotor no hay retrasos evolutivos, nunca ha tenido problemas de aprendizaje, tiene hecha una evaluación neuropsicológica con un WISCIV que informa de un cociente intelectual de 126. En los informes escolares reseñan su dificultad para hacer amigos, no comparte los intereses de los niños de su edad y se enfada con facilidad cuando algo no le sale como él quiere. Sus padres han aprendido a controlar sus enfados anticipándole lo que tiene que hacer aunque no lo entienda.

En este caso clínico se plantean diferentes psicopatologías. Los síntomas físicos inexplicables que presenta estarían encuadrados en los trastornos de síntomas somáticos⁽⁶⁾ los movimientos clónicos y la tos serían trastornos conversivos. El estrés que supone para este paciente el trabajo en equipo estaría en la psicogénesis de ambos. El antecedente de sus enfermedades médicas (reflujo, laringitis) se describe como factor de riesgo de patología psicósomática, los niños aprenden que el papel de enfermo conlleva atención y abandono de responsabilidades.

Por otra parte al explorar al niño surge la impresión clínica de que tiene un trastorno del espectro autista en base a su interacción social peculiar, con evitación del contacto ocular, gesticulación excesiva con manierismos, estereotipias, alteración del lenguaje pragmático, rigidez cognitiva e intereses repetitivos recurrentes.

Los diagnósticos clínicos que se plantean son:

- Trastorno del Espectro Autista Leve sin retraso mental, sin enfermedad neurológica ni pediátrica.
- Trastorno por Síntomas Somáticos, cuadros conversivos remitidos.

El tratamiento que se propone es:

- Identificar las fuentes de estrés y dar herramientas al niño para afrontarlo.
- Se pautó fluoxetina 10 mg con remisión de la tos.
- Imprescindible hacer un informe escolar para que el colegio entienda las dificultades del niño y pedir una adaptación curricular no académica pero si social.
- Asesoramiento familiar.

En los Trastornos del Espectro autista suele ser frecuente la comorbilidad psiquiátrica con TDAH, tics, trastornos de ansiedad. Por lo que se recomienda un seguimiento psiquiátrico.

En los Trastornos del Espectro Autista suele ser frecuente la comorbilidad psiquiátrica con TDAH, tics, trastornos de ansiedad. Por lo que se recomienda un seguimiento psiquiátrico

Preguntas tipo test

1. Sobre el tratamiento farmacológico de la hiperactividad o TDAH, con Metilfenidato señale la respuesta correcta:

- a) Es conveniente retrasar en lo posible el inicio del tratamiento farmacológico, para ver si la adolescencia induce mejoría en los síntomas.
- b) La efectividad del mismo es muy reducida.
- c) Se debe utilizar desde la edad escolar en todos los casos, para evitar la progresión de los síntomas.
- d) La efectividad del mismo es elevada.
- e) Ninguna es correcta.

2. Respecto al tratamiento del TDAH ¿cuál no es cierta?

- a) El tratamiento del TDAH es farmacológico.
- b) El tratamiento del TDAH es: Psicoducción-conductual, académico y farmacológico.
- c) Los fármacos estimulantes bloquean el transportador y de esa forma la recaptación de dopamina y noradrenalina en el espacio intersináptico.
- d) La lisdexanfetamina es un profármaco inactivo fuera del cuerpo humano.
- e) Los tratamientos farmacológicos son eficaces, seguros y bien tolerados.

3. Sobre los efectos secundarios del metilfenidato, señale la correcta:

- a) Afecta gravemente al crecimiento.
- b) Dos de los efectos secundarios más frecuentes son el insomnio de conciliación y la pérdida de apetito.
- c) Si se observa algún efecto secundario, se debe interrumpir el tratamiento en todos los casos, ya que jamás desaparecen con el tiempo.
- d) El metilfenidato suele afectar a la función renal, por lo que es necesario realizar análisis de orina periódicamente.
- e) Ninguna es cierta.

Respuestas en la página 116

Bibliografía

1. Megan L. Ranney, John V. Patena, Nicole Nugent et al. PTSD, cyberbullying and peer violence: prevalence and correlates among adolescents emergency department patient. *General Hospital Psychiatry*. March-April 2016 Vo.39 32-38
2. Montserrat Porter, Rebeca gracia, Joan Carles Oliva, Montserrat Pamías y col. *Mental Health Emergencies in Pediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences*. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(6):203-11
3. María Jesús Mardomingo. *Suicidio e intentos de suicidio. Tratado de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*; 683-714. Editorial Díaz de Santos, 2015
4. Koenig J, Brunner R, Fischer-Waldschmidt G et al. *Prospectiv risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Aug 24
5. Jeremy G. Stewart, Erika C. Esposito, Catherine R. Glenn et al. *Adolescents self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters*. *Journal of Psychiatric Research* 84 (2017) 105-112
6. P.Sánchez Mascaraque y F. Guerrero Alzola. "Actualización del Trastorno Psicossomático en la infancia y la adolescencia" *www.pediatriaintegral.es* 2017; XXI (1): 32-38