



Infanto-Juvenil

Volumen 40 • Número 1 • 2023

EDITORIAL

Urgencias en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: ¿Dónde está el límite? <i>Astrid Morer Liñán</i>	1
---	----------

ARTÍCULOS ORIGINALES

Agitación psicomotriz y conducta agresiva en urgencias pediátricas <i>MA Molina Gutiérrez, R López López, A Ortiz-Villalobos, P García Sánchez, M Bueno Barriocanal y JA Ruiz Domínguez</i>	4
---	----------

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Abuso sexual infantil y consecuencias psicopatológicas en la vida adulta <i>M. Real-López, M. Peraire, C. Ramos-Vidal, G. Llorca, M. Julián y N. Pereda</i>	13
---	-----------

CASOS CLÍNICOS

Fenómeno de Raynaud en un adolescente probablemente inducido por lisdexanfetamina <i>Alicia Díaz de la Peña, Elena Martín-Gil y Luis Caminal-Montero</i>	31
--	-----------

El tratamiento con Play Attention normaliza significativamente el QEEG, la inatención en situación de prueba y conductual en un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad <i>C. Téllez-Villagra</i>	35
---	-----------

IN MEMORIAM

Lo que aprendí del Dr. Joseph Biederman (1947-2023) <i>Cesar A. Soutullo</i>	43
--	-----------

Despedida a Concha Gómez-Ferrer Górriz <i>María José Ruiz Lozano</i>	46
--	-----------

NORMAS DE PUBLICACIÓN	49
------------------------------------	-----------

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2023,40(1)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

Hospital Clínic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)
dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela Casal

Hospital de Mataró, Barcelona, España.
secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; CIBERSAM; Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Universidad Complutense de Madrid, España.

César Soutullo

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

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; CIBERSAM; Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM); España.

Ernesto Cañabate

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero Escobar

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; I+CS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España.

Victor Carrión

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

Víctor Pereira-Sánchez

New York University (NYU) Grossman School of Medicine, New York, Estados Unidos.

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus
REDIB
Dialnet
MIAR
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

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

Secretaría Técnica AEPNYA
secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Astrid Morer Liñán 

Jefa de sección de Hospitalización, Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil, Hospital Clinic de Barcelona. Facultad de Medicina, Universitat de Barcelona. IDIBAPS, CIBERSAM-ISCIH, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v40n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a1)

Correo electrónico: amor@clinic.cat

Urgencias en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: ¿Dónde está el límite?

El incremento de las urgencias hospitalarias de psiquiatría de niños y adolescentes ha sido continuo en la última década (1) y en muchos casos puede considerarse el reflejo de la necesidad no cubierta por recursos asistenciales comunitarios. Este incremento se venía observando ya en los años previos a la pandemia (2,3), pero la crisis postCOVID-19 lo ha acelerado (llegándose a cifras del 50% de aumento durante el 2021 y de hasta del 83% respecto a cifras previas a la pandemia en la provincia de Lleida) (4,5). Este incremento parece que se ha estabilizado en los últimos meses. Sin duda la pandemia ha ayudado a aumentar la conciencia social de la salud mental de niños y adolescentes, pero el dato relevante es que el incremento de las visitas a urgencias sigue una pendiente continua desde la crisis económica de 2009 y no en forma de “oleada” derivada de la pandemia (1,3,6). Aún así, son escasos los estudios longitudinales publicados al respecto y es difícil contrastar los datos generados en diferentes entornos geográficos y sociales. Aunque parece claro que ha habido aumento de casos tanto en niños como en adolescentes, más del 90% de estas consultas suelen ser en jóvenes mayores de 12 años.

El primer problema con el que nos encontramos es la dificultad en la cuantificación de las urgencias y en la capacidad predictiva de las cifras. Sabemos que dependen de numerosos factores cualitativos: en líneas generales, son más frecuentes en los días laborales que en los festivos y, claramente, en algunas épocas del año más que en otras (se repiten picos asistenciales en el último trimestre del curso escolar y bajan en periodos de vacaciones). Por razones como esta, de lo único que generalmente nos sentimos legitimados a nivel cuantitativo es hablar de tendencias. Tendencias que han sido claramente al alza. Dentro de estas variables cualitativas también parece claro que el tiempo

invertido en una urgencia de un niño o adolescente es mayor que el tiempo de valoración e intervención de la urgencia de un adulto. Suele ser necesario visitar al niño o adolescente y a sus cuidadores, a menudo observarlo durante un periodo de tiempo y muchas veces acordar una intervención o plan de forma conjunta (1-3).

Las presentaciones clínicas urgentes suelen derivarse de la descompensación de un trastorno mental ya diagnosticado, o en una gran mayoría reflejan un momento complicado de un episodio de crisis vital, pueden ser reacciones a condiciones patógenas del medio y estar complicadas con las condiciones sociales del menor y su familia, por el consumo de sustancias, u obedecer a diferentes factores estresantes que desencadenan respuestas emocionales dolorosas e inadecuadas, muchas veces, en individuos ya vulnerables. A menudo, son los padres o cuidadores quienes evalúan la situación como “urgente” y esto puede responder a su nivel de tensión emocional o dificultad para resolver la situación planteada. Dato especialmente relevante cuando observamos las visitas a urgencias de los menores tutelados en centros residenciales (7). Con cierta frecuencia, las urgencias hospitalarias son la puerta de entrada del paciente a la red de salud mental. La mayoría pueden agruparse en dos categorías: aquellas que se producen por conductas perturbadoras acompañadas de agresividad o aquellas que ponen en riesgo la vida del sujeto, principalmente los intentos de suicidio. El incremento del suicidio y de las tentativas en población adolescente es otro de los datos alarmantes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, 22 menores de 15 años se quitaron la vida en España en 2021, cifra mucho mayor que la del 2020 (14 menores) que ya duplicaba la del 2019 (prepandemia COVID-19). Y entre los 15 y los 29 años, el suicidio

es la principal causa absoluta de muerte, provocando en el mismo año 316 defunciones anuales. Sabemos que intervenciones rápidas que incluyan estrategias de seguimiento proactivo y comunitario consiguen altas tasas de efectividad en la prevención de las tentativas autolíticas y el suicidio (8).

Quizá la complejidad del análisis ha llevado a que las urgencias psiquiátricas hospitalarias de la infancia y la adolescencia hayan sido un terreno del que nadie quiere hablar a la hora de planificar recursos, pero al que todos los recursos asisten cuando esperan una respuesta inmediata a una situación crítica: una cosa es el deseo y otra la realidad. Una de las paradojas de la salud mental de la infancia y la adolescencia es que a medida que crece la inversión en recursos asistenciales comunitarios, crece también el número de urgencias relacionadas con la salud mental de la infancia y la adolescencia en los entornos hospitalarios.

En el análisis reflexivo de las causas de este incremento, están en primer lugar las que se deben a la propia red de salud mental comunitaria, a las derivadas de la crisis postpandemia COVID-19 y, más genéricamente, a los cambios socioculturales de nuestro momento histórico que actúan como factores de riesgo de trastornos mentales y que han motivado un cambio del concepto de infancia y de adolescencia. Cuando nos referimos a dificultades sistémicas en la red comunitaria nos referimos a la incapacidad de dar respuesta urgente a los usuarios cuyo estado mental lo requiere por motivos diferentes: dificultades de accesibilidad urgente y posibilidad de continuidad terapéutica intensiva del psiquiatra o psicólogo clínico infantil en los centros de salud, plazas sin cubrir por ausencia de profesionales con formación específica, dificultades en la transición y la continuidad de cuidados desde el entorno hospitalario al comunitario o, muchas veces, dificultad para dar respuesta a problemática social, escolar o familiar que precipita las situaciones de crisis en salud mental (entre otras, problemas de salud mental o incapacidad para ejercer las funciones parentales en los cuidadores principales de los menores, violencias intrafamiliares sostenidas, situaciones de abuso, dificultades con la vivienda, exposición a diferentes eventos traumáticos que propician migraciones desesperadas, condiciones laborales precarias u otras situaciones de pobreza que impiden dar tiempo y supervisión a la crianza). Es, por este motivo, que los usuarios que utilizan las urgencias y requieren ingresos en la planta de agudos son menores que, en numerosas ocasiones, corresponden a estas poblaciones altamente vulnerables. La pérdida del tejido familiar extenso y la ausencia de redes de apoyo primario propiciadas por estos cambios sociales

se traduce en una crianza de los menores mucho más individualizada. Las urgencias de psiquiatría infanto-juvenil son la única respuesta inmediata a las necesidades de un entorno sociofamiliar poco contenedor o que puede patologizar. En numerosas ocasiones de urgencia se utiliza el entorno hospitalario para poner los límites y la contención que no se pudieron implementar en el entorno familiar o comunitario, y se convierte en el lugar donde los derechos y/o obligaciones del menor pueden ser restituidos. Respecto a la escuela, que exista una clara relación entre la presión escolar y el número de urgencias (1) nos lleva a la reflexión sobre la exigencia que representa dicho entorno para personas vulnerables con problemas de aprendizaje o de adaptación social y las dificultades para sostener a alumnos con trastornos mentales en entornos educativos ordinarios focalizados en el rendimiento y los logros. El acoso escolar y los problemas derivados de este son uno de los principales factores de riesgo de estas crisis.

El cuestionamiento de valores éticos tradicionales ha hecho modificar una relación de perfil más autoritario entre niño o adolescente y adulto (madre, padre o educador), por un niño o adolescente hipotéticamente “más libre” para elegir, decidir y afrontar tareas que clásicamente habían hecho los padres y que, en ocasiones, no existe la madurez emocional suficiente como para poder abordar. La definición de infancia en un determinado momento histórico, la sitúa en un lugar respecto al adulto desde donde se definen los límites, los derechos, las obligaciones y se define lo “saludable” o “patológico” en términos de salud mental. El límite de la normalidad es cada vez más borroso.

Por otro lado, nuestra realidad es que la mayoría de las consultas relacionadas con urgencias psiquiátricas infantiles son atendidas por pediatras, médicos de urgencias o psiquiatras de adultos, habitualmente con formación limitada en este campo. En nuestro entorno conocemos las dificultades que ha tenido el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría de la infancia y de la adolescencia, y la necesidad de que profesionales específicamente formados puedan hacerse cargo de la atención de estos pacientes.

Queda patente que el uso creciente de servicios de urgencias de salud mental infanto-juvenil, más allá de permitirnos especular sobre los cambios antropológicos de los conceptos de infancia y adolescencia en esta época de *digimodernismo* (9), llama a la reflexión de profesionales y planificadores políticos sobre la necesidad de tener presente a los servicios de urgencias hospitalarios como recurso único en la capacidad de contener situaciones de crisis,

así como considerar la atención urgente en los nuevos programas y dispositivos asistenciales comunitarios en los que se está invirtiendo.

REFERENCIAS

1. Dror C, Hertz-Palmor N, Yadan-Barzilai Y, Saker T, Kritchmann-Lupo M, Bloch Y. Increase in Referrals of Children and Adolescents to the Psychiatric Emergency Room Is Evident Only in the Second Year of the COVID-19 Pandemic-Evaluating 9156 Visits from 2010 through 2021 in a Single Psychiatric Emergency Room. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 22;19(15): 8924. <https://doi.org/10.3390/ijerph19158924>
2. Taastrøm A, Klahn J, Staal N, homsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: A 10-year survey in Copenhagen County. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014;68: 385-90. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.846410>
3. Porter M, Gracia R, Oliva J-C, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica diferencias de género. *Actas Esp Psiquiatr*. 2016;44: 203-11.
4. Díez Suárez A, Rivera Luján J, y cols. Un año de pandemia COVID y Repercusiones psicoemocionales de la pandemia COVID en la infancia y adolescencia. II Congreso Digital Asociación Española de Pediatría (AEP). Presentado el 5 de junio de 2021.
5. Llorca-Bofí V, Irigoyen-Otiñano M, Sánchez-Cazalilla M, Torterolo G, Arenas-Pijoan L, Buil-Reiné E, Adrados-Pérez M, Nicolau-Subires E, Albert-Porcar C, Ibarra-Pertusa L, Puigdevall-Ruestes M. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2022 Jun 15. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.03.003>
6. Fernández-Quintana A, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2018;35(1): 17-30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
7. Sagué-Vilavella V, Anmella G, Pons Cabrera MT, Madero Gómez S, Vázquez Vallejo M, Soler Catà V, Solé Roigé E, Méndez Blanco I. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: ¿Quiénes son los hiperfrecuentadores?. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2020;37(3): 8-19. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n3a2>
8. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25(6):380-6. <https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181a79223>
9. Kirby A. *Digimodernism: How new technologies dismantle the postmodern and reconfigure our culture*. Bloomsbury Publishing; 2009.

MA Molina Gutiérrez ¹ * 
R López López ¹
A Ortiz-Villalobos ² 
P García Sánchez ³ 
M Bueno Barriocanal ¹ 
JA Ruiz Domínguez ¹ 

1. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.
2. Servicio de Paidopsiquiatría Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España.
3. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Miguel Ángel Molina Gutiérrez
Correo: malacatin@hotmail.com

*Agitación psicomotriz y conducta agresiva
en urgencias pediátricas*

*Psychomotor agitation and aggressive behavior
in the pediatric emergency department*

RESUMEN

Introducción: En los últimos años las urgencias relacionadas con la salud mental infantil han aumentado significativamente. Nuestro objetivo fue describir los niños atendidos en urgencias por cuadros de agresividad y analizar los factores de riesgo relacionados con los episodios más graves. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo realizado entre enero de 2011-diciembre de 2020 en el Hospital Infantil La Paz (Madrid). Se incluyeron niños menores de 16 años diagnosticados con agresividad, excluyendo autoagresividad con ideación autolítica. Clasificamos como graves aquellos episodios que requirieron contención farmacológica/física. **Resultados:** Se registraron 114 episodios (78,1% varones; edad mediana de 13,2 años). El 93,8% presentaban antecedentes psiquiátricos, en un 18,4% trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La duración del episodio fue inferior a 24 horas en el 81,6%. Principalmente la agresividad fue dirigida contra terceros (69,3%). Entre los desencadenantes, la presencia de conflictos intrafamiliares supuso el 46,5% de los casos, un 18,8% de los mismos relacionados con el uso del teléfono móvil. Se consideraron graves 35 episodios (30,7%). Ninguna de las variables analizadas mostró asociación estadísticamente significativa con la gravedad. Para el

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the number of emergencies related to child mental health problems has increased significantly. Our aim is to describe the children with aggressive behavior attended in our emergency department and to analyze possible risk factors related to the most severe episodes. **Materials and methods:** Retrospective study conducted between January 2011-December 2020 at La Paz Children Hospital. Children under 16 years diagnosed with aggressive behavior were included, excluding self-harm. Episodes that required pharmacological or physical restraint were classified as severe. **Results:** A total of 114 episodes were recorded (78.1% male; median age 13.2 years). Psychiatric history was present in 93.8%, 18.4% with attention deficit hyperactivity disorder. Episode duration was less than 24 hours in 81.6%. Aggression was mainly directed against third parties (69.3%). Among the triggers, the presence of domestic conflicts accounted for 46.5% of the cases, 18.8% of which were related to the use of cell phones. Thirty-five episodes (30.7%) were considered severe. None of the variables analyzed showed statistically significant association with

manejo del episodio se emplearon medidas conservadoras en el 74,6%, contención farmacológica en el 27,7% e inmovilización terapéutica en el 6,1%. **Conclusión:** Las consultas urgentes por conducta agresiva son más frecuentes en varones y pacientes con antecedentes de trastornos psicológicos o psiquiátricos. La mayoría de casos se resolvieron con medidas conservadoras. Los pacientes que requirieron abordaje farmacológico y/o contención física no se asociaron a ningún factor de riesgo que pudiera predecir la gravedad de la conducta violenta.

Palabras clave: agresividad; niños; servicio de urgencias; adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es mayor la preocupación entre los profesionales sanitarios ante el creciente aumento de las urgencias relacionadas con los problemas de la salud mental infanto-juvenil (1). Entre los principales motivos de consulta psiquiátrica en niños y adolescentes se encuentran las crisis de ansiedad, los intentos/ideaciones autolíticas y por último los trastornos de conducta (2).

La agitación psicomotora (APM) se define como un estado de inquietud motora que conduce a la realización de conductas improductivas, no finalistas y repetitivas en respuesta a una tensión interna(3). Puede aparecer tanto en el contexto de cuadros psicóticos como de trastornos orgánicos (4), y manifestarse como una mínima inquietud psicomotriz en los casos más leves, o en su grado extremo en forma de comportamientos hostiles y agresivos.

Las conductas disruptivas en la infancia se manifiestan en forma de incumplimiento de normas, desobediencia o desafío de los límites (5). Este tipo de comportamientos es frecuente que se presenten de forma ocasional entre los niños de 2 a 5 años, siendo comunes las formas de agresividad instrumental orientadas a lograr objetivos (6). Entre los 5 y los 8 años, pueden desarrollarse formas hostiles de la agresividad, en las que el objetivo del agresor es el daño o la lesión de la víctima, y aparece un mayor empleo de la agresividad verbal. Al llegar a la adolescencia

severity. Conservative measures were used to manage the episode in 74.6% of the cases, pharmacological containment in 27.7% and physical restraints in 6.1%. **Conclusion:** Emergencies due to aggressive behavior were more frequent in boys and patients with history of psychological or psychiatric disorders. In most cases, they were solved with conservative measures. Cases requiring pharmacological treatment and/or physical restraint were not associated with any risk factor that could predict the severity of the violent behavior.

Keywords: aggression; child; emergency service; adolescents.

las conductas disruptivas nacen del conflicto por la búsqueda de límites y malos hábitos al no haber tenido previamente conocimiento y consecuencias acerca de dónde están dichos límites.

En la infancia y adolescencia, existen un gran número de condiciones médicas que pueden asociar un comportamiento infantil agresivo: trastorno del espectro autista (TEA), trastorno explosivo intermitente (TEI), trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), síndrome de Tourette, trastorno negativista desafiante, depresión, intoxicación por sustancias, lesiones cerebrales, déficit vitamínico, etc. En raras ocasiones, la agresividad puede ser la primera manifestación de una enfermedad metabólica o endocrinopatías (7–10).

El manejo en urgencias de un paciente pediátrico con APM y agresividad puede ser una de tarea compleja. Aunque el interés por las urgencias relacionadas con la salud mental infanto-juvenil es cada vez mayor, las urgencias pediátricas (UP) suelen carecer de espacios específicamente diseñados para asistir a este tipo de pacientes, y los profesionales no están familiarizados con el manejo de este tipo de situaciones (11).

El objetivo de nuestro estudio fue realizar un análisis descriptivo de los casos de APM asociados a agresividad en niños atendidos en nuestro servicio de UP, así como determinar qué posibles factores de riesgo se relacionaban con los episodios que precisaron contención farmacológica y/o física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un periodo de 10 años (enero 2011 - diciembre 2020), se recolectó la información de todos los pacientes de 0-16 años de edad atendidos por APM asociada a agresividad en el servicio de urgencias del Hospital Infantil La Paz (Madrid); hospital pediátrico de tercer nivel, con una media de visitas de 50.000-55.000 pacientes/año. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación de nuestro hospital (PI-5410).

A su llegada a urgencias, los pacientes son clasificados según su nivel de gravedad por enfermeras especializadas en triaje pediátrico, empleando la Escala Pediátrica Canadiense (PaedCTAS). Todos los menores atendidos por APM son clasificados como pacientes de alta prioridad. La asistencia inicial corre a cargo del pediatra de urgencias, y dependiendo de cada caso, contamos con la posibilidad de solicitar la valoración urgente por nuestro servicio de paidopsiquiatría en horario de 8:00 am a 15:00 pm, y por el equipo de psiquiatría de guardia encargado de atender las interconsultas realizadas desde nuestro servicio de urgencias durante los turnos de tarde y noche.

Se clasificaron como episodios graves de agresividad cuando se dieron una o más de las siguientes circunstancias: requerir inmovilización terapéutica (IT) tanto previa a su llegada como durante su estancia en nuestro servicio de urgencias, contención farmacológica ó ingreso hospitalario indicado por psiquiatría. El procedimiento de IT consistió en la aplicación de contención física con sujeciones, y en nuestro centro se lleva a cabo en nuestro box de atención de pacientes críticos al no disponer de un espacio específicamente diseñado para la atención de urgencias infantiles relacionadas con la salud mental. Se indicó IT en todos aquellos casos en los que fracasó la contención verbal y/o farmacológica, y a juicio del facultativo responsable se consideró que existió riesgo de lesiones al propio paciente o a terceros, daños físicos significativos en el entorno, interrupciones graves del tratamiento del propio paciente u otros, extracción de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc. y situaciones en las que el estado del paciente no le permitía una decisión responsable. En todos los casos, se siguieron las directrices recogidas por nuestro protocolo de manejo del paciente con agitación psicomotriz, desarrollado

de manera conjunta entre nuestros servicios de UP, cuidados intensivos pediátricos y paidopsiquiatría (12).

Análisis estadístico

La recogida de datos se efectuó mediante la revisión sistemática retrospectiva de historias clínicas. Para la selección de pacientes, se siguió una estrategia de búsqueda por texto libre por diagnósticos empleando las palabras clave “agresividad”, “autoagresividad”, “heteroagresividad” y “agitación psicomotriz”. Las variables analizadas incluyeron: datos epidemiológicos (sexo, edad), antecedentes personales de patología neurológica y/o psiquiátrica, existencia de circunstancias socioeconómicas y psicosociales que representen un riesgo potencial para la salud del menor incluidas en el capítulo XXI (Z55-Z65) de la 10ª revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), descripción del episodio de APM y manejo en urgencias. Se consideró que el episodio de APM se relacionó con situaciones de disfuncionalidad familiar, cuando en la revisión del historial clínico del niño o el informe médico de urgencias se referían antecedentes de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, consumo de tóxicos, dificultades en la parentalidad, estresor familiar, divorcio contencioso, o cualquier otro tipo de discrepancias o conflictos entre los padres que resultasen en situaciones de violencia intrafamiliar.

Los estadísticos descriptivos se expresan en forma de frecuencias absolutas o porcentajes para las variables categóricas y como medianas y rango intercuartílico (RIC) para las variables continuas. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar los factores de riesgo relacionados con la necesidad de contención farmacológica y/o IT. Los resultados del modelo se presentan como razón de momios (RM) e intervalos de confianza (IC) del 95%. El modelo consideró variables asociadas significativamente si mostraron valores $p \leq 0,05$. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics for Windows, versión 23.0 (IBM, Armonk, Nueva York).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 114 episodios de APM asociada a agresividad. La mediana de edad fue de 13,2 años (RIC: 11,4-14,4).

El 78,1% de los casos fueron varones y un 93,8% referían antecedentes de problemas psicológicos/psiquiátricos. (Tabla 1).

En el 81,6% de los casos, el cuadro de APM fue agudo, con una duración del episodio inferior a 24 horas. En el 69,3% de los casos, la conducta agresiva fue dirigida contra terceros (heteroagresividad), en dos (1,8%) contra ellos mismos (autogolpearse y lesionarse con objetos cortantes) y en el resto (28,9%) se presentaron ambas formas de agresividad. En el

momento de su valoración en urgencias el 31,5% asociaron otros síntomas psiquiátricos: 33 pacientes crisis de ansiedad (28,9%) y 3 síntomas psicóticos (2,6%) en forma de alucinaciones auditivas. (Tabla 2).

En 53 casos (46,5%) el desencadenante del episodio fueron conflictos entre el menor y alguno de sus familiares; el 18,8% de dichos conflictos (10/53) estuvieron relacionados con el uso del teléfono móvil. En 3 pacientes la agresividad se asoció a la abstinencia tras consumo de cannabis.

Tabla 1. Características de los pacientes diagnosticados de agresividad (N=114).

Variables	n (%)
Distribución por sexo	
- Varón	89 (78,1)
- Mujer	25 (21,9)
Edad mediana (RIC), años	13,2 (11,4-14,4)
Antecedentes Personales	
- Problemas psicológicos/psiquiátricos	107 (93,8)
• Trastorno de conducta sin especificar	26 (22,8)
• Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	21 (18,4)
• Trastorno adaptativo mixto	14 (12,2)
• Trastornos del espectro autista	12 (10,5)
• Trastorno de conducta asociado a enfermedad neurológica/metabólica	10 (8,7)
• Trastorno de control de impulsos	5 (4,3)
• Trastorno depresivo	5 (4,3)
• Trastorno del vínculo	3 (2,6)
• Trastorno de ansiedad	2 (1,7)
• Trastorno de la conducta alimentaria	2 (1,7)
• Trastorno oposicionista	2 (1,7)
• Trastorno bipolar	1 (0,8)
• Trastorno obsesivo compulsivo	1 (0,8)
• Trastorno conversivo	1 (0,8)
• Trastorno por abuso de sustancias	1 (0,8)
• Trastorno por adicción a internet/videojuegos	1 (0,8)
- Enfermedad neurológica/metabólica	23 (20,2)
• Parálisis cerebral infantil	8 (7)
• Trastorno del desarrollo intelectual	6 (5,2)
• Epilepsia focal frontal	3 (2,6)
• Encefalopatía epiléptica secundaria a hipoplasia de cuerpo caloso	1 (0,8)
• Defectos congénito de la glucosilación	1 (0,8)
• Retraso psicomotor	1 (0,8)
• Síndrome de Lesch-Nyhan	1 (0,8)
• Síndrome de West	1 (0,8)
• Síndrome de Rubinstein-Taybi	1 (0,8)
• Circunstancias socioeconómicas y psicosociales de riesgo	
- Violencia intrafamiliar	4 (3,5)
- Disfunción familiar	59 (51,7)
- Residencia en centro de menores	9 (7,9)

RIC: Rango intercuilítico.

Tabla 2. Características de los episodios de agresividad.

Variables	n (%)
Duración inferior a 24 horas	93 (81,6)
Objeto de la agresividad	
• Autoagresividad	2 (1,8)
• Heteroagresividad	79 (69,3)
• Ambas	33 (28,9)
Asocia ideación/gesto autolítico	26 (22,8)
Asocia componente ansioso	33 (28,9)
Asocia componente psicótico	3 (2,6)
Desencadenante	
• Ninguno	27 (23,7)
• Problemas escolares	21 (18,4)
• Discusiones familiares	53 (46,5)
• Otros	39 (11,4)

En cuanto a la actitud en urgencias, el 74,6% de los episodios se resolvieron exclusivamente con contención verbal, solicitándose la intervención del equipo de psiquiatría de guardia en el 76,3% ocasiones (87/114). En 31 casos (27,1%), fue necesaria la aplicación de medidas de contención farmacológica y/o IT. Un 59,2% recibieron exclusivamente benzodiazepinas (16/27), 14,8% antipsicóticos (4/27) y 29,1% la combinación de ambos (7/27). Las características de los pacientes en los que se indicó IT se resumen en la [tabla 3](#).

No observamos asociación estadísticamente significativa entre el sexo, antecedentes personales, factores psicosociales y características del episodio y la necesidad de contención farmacológica y/o inmovilización terapéutica. ([Tabla 4](#))

Tabla 3. Características de los pacientes en los que fue indicada inmovilización terapéutica (IT).

Nº caso	Sexo	Edad (años)	AP Enfermedad Psicológica/Psiquiátrica	Desencadenante	Actuación en urgencias	Destino
1	Varón	15,4	TMEC + TAS	Discusión con un amigo	IT	Alta a domicilio
2	Varón	9,3	TCSE	Discusión familiar	IT+CF	Alta a domicilio
3	Varón	7,4	TCA	Problema escolar	IT+CF	Alta a domicilio
4a	Varón	13,2	TMEC	Crisis de ansiedad	IT+CF	Alta a domicilio
5a	Varón	14,4	TMEC	Discusión familiar	IT	Hospitalización
6b	Varón	12,6	TDHA	Discusión familiar	IT+CF	Hospitalización
7b	Varón	12,6	TDHA	Discusión familiar	IT+CF	Hospitalización

(a) y (b): Ambos referidos al mismo paciente. AP: Antecedentes personales. TAS: Trastorno por abuso de sustancias. TMEC: Trastorno mixto de la conducta y de las emociones. TDHA: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. TCSE: Trastorno de conducta sin especificar. TCA: Trastorno de conducta por ansiedad. CF: Contención farmacológica.

Tabla 4. Análisis univariante para identificar factores de riesgo de episodios graves de agresividad.

Variables	P valor	RM (95% IC)
Sexo (varón)	0,189	0,49 (0,16-1,43)
Antecedentes Personales		
Enfermedad Psicológica/Psiquiátrica	0,472	1,76 (0,37-8,31)
Enfermedad Neurológica/metabólica	0,121	2,45 (0,77- 7,84)
Características del episodio		
Episodio agudo (<24h)	0,815	0,88 (0,31-2,51)
Asocia ideación/gesto autolítico	0,052	0,41 (0,17-1,02)
Asocia componente ansioso	0,083	0,47 (0,20-1,11)
Asocia componente psicótico	0,171	0,21 (0,02-2,41)
Factores psicosociales		
Violencia intrafamiliar	0,801	1,34 (0,13-13,37)
Disfunción familiar	0,295	0,65 (0,29-1,46)
Residencia en centro de menores	0,352	0,52 (0,13-2,08)

Fueron hospitalizados 16 casos (14%), todos ellos por indicación del equipo de psiquiatría de guardia tras valorar el riesgo de reincidencia del comportamiento violento. De ellos, 10/16 pacientes (62,5%) fueron diagnosticados de episodios de heteroagresividad aislada y 6/16 (37,5%) asociada a autogresividad. Dentro de este último grupo en 3/6 casos (50%) los pacientes asociaron ideación autolítica.

DISCUSIÓN

Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles representan entre el 2-5% de todas las visitas a los servicios de urgencias, y están aumentando mucho más rápidamente que cualquier otra urgencia médica (11). Nuestra tasa de ingreso (14%) fue muy similar a las tasas globales de hospitalización psiquiátrica urgente descritas en anteriores series pediátricas de nuestro país (18,5%) (1,9).

A diferencia de otras, la APM requiere una asistencia inmediata (10), y especialmente si se acompaña de un comportamiento violento. En el caso de los pacientes pediátricos, los comportamientos agresivos pueden observarse en una amplia variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos. Dentro de las causas psiquiátricas se incluyen: el trastorno de conducta y oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, autismo, discapacidad intelectual, psicosis, trastornos del estado de ánimo, abuso o intoxicación por sustancias y los trastornos disociativos y de conversión (13). Entre las causas médicas que deben descartarse se encuentran las enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, como la meningitis y la encefalitis, o las lesiones estructurales, como los tumores o las hemorragias intracraneales por traumatismos o malformaciones arteriovenosas.

La agresividad en niños puede estar asociada con diversos factores individuales, familiares o socioeconómicos. En nuestro estudio la mayoría de los pacientes fueron varones, coincidiendo con lo descrito en literatura (15), y asociaron antecedentes de patología psicológica/psiquiátrica (93,8%). Entre de los factores psicosociales evaluados, la disfunción familiar estuvo presente en más de la mitad de los casos (52,4%). La familia juega un papel fundamental en la formación de los hijos para que se integren y se desarrollen de forma efectiva en la sociedad. Si la dinámica familiar

no funciona, se favorecen las discusiones y conflictos con los padres, y se genera un estado de estrés emocional en los niños que puede manifestarse en el entorno escolar en forma de reacciones agresivas hacia profesores y otros compañeros. Más de la mitad de los adolescentes criados en el seno de este tipo de familias desarrollan conductas asociales, e incluso, algunos estudios señalan que hasta un 96% los adolescentes implicados en conductas delictivas provienen de familias disfuncionales (16). En nuestra serie, resulta llamativo que casi el 20% de las disputas entre los menores y sus padres se relacionaron con el control de dispositivos móviles, siendo cada vez más frecuentes los conflictos derivados de la incapacidad de regular su uso especialmente entre adolescentes (17).

A pesar de que en nuestra serie de casos únicamente hubo 3 casos de agresividad relacionada con la abstinencia tras consumo de tóxicos, en el caso de los adolescentes deben considerarse la intoxicación por alcohol o el abuso de sustancias, especialmente el consumo de cannabis. La incidencia de síndrome de abstinencia entre los adolescentes consumidores de cannabis es variable (18), habiéndose reportado un porcentaje significativo de casos que experimentan ira y agresividad durante esta fase (19). Según los datos proporcionados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (20), el cannabis es la droga ilegal más consumida por los jóvenes españoles. Según sus datos, durante el año 2019/2020 se registró un aumento en su consumo entre la población adolescente, especialmente entre los varones. En este escenario, el papel que juega la familia como fuente de apoyo y seguridad al adolescente resulta fundamental. El consumo de sustancias en esta etapa del desarrollo puede propiciarse o incrementarse por los desequilibrios en las estrategias que los padres utilizan en la crianza del niño (21). La ausencia de lazos familiares, la negatividad y rechazo de los padres hacia el hijo o viceversa, la escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos y las interacciones mal adaptativas entre padres e hijos, son comunes entre un gran número de consumidores (22).

A pesar de que el enfoque terapéutico es diferente dependiendo de la severidad de la APM asociada a agresividad, la primera medida siempre debe ser la desescalada verbal seguida de contención farmacológica. Únicamente cuando ninguna de las anteriores ha tenido éxito y el comportamiento del

10

paciente supone un riesgo para él mismo o el resto se aplican medidas de contención física con el objetivo de prevenir estos daños y garantizar la seguridad del paciente, otros pacientes y el personal sanitario. En nuestro estudio tan solo el 6% de los pacientes precisaron IT. En este sentido, las tasas de aplicación de IT encontradas por otros autores son variables (6-18%), no obstante estos datos son difícilmente comparables por las diferencias en el diseño y el tipo de población analizada (23,24).

En nuestra serie, no observamos asociación estadísticamente significativa entre los posibles factores de riesgo analizados y los episodios de APM que precisaron contención farmacológica y/o física. En el estudio llevado a cabo por Jenkins et al, 2021 (25), fueron analizados diversos factores predictores asociados a la aplicación de IT, incluyendo variables como la edad, sexo, raza, etnia, peso, antecedentes de ingresos psiquiátricos previos, nivel socioeconómico, modo de llegada al servicio de urgencias, hora de llegada y tiempo de estancia. Estos autores únicamente encontraron relación significativa con la hora de llegada, aumentando el riesgo durante el turno de mañana frente al de tarde.

Existe consenso en cuanto a los principios generales acerca del uso de psicofármacos para el control de la APM (26); sin embargo, no hay acuerdo en cuanto a apoyar una sola clase de medicamento para todos los pacientes; lo cual refleja la gran heterogeneidad de la población diana, la naturaleza multifactorial de la agitación y las diferencias de práctica clínica entre centros sanitarios. En nuestro caso, la opción farmacológica más frecuentemente empleada fueron las benzodiazepinas, seguidas de los antipsicóticos.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, nuestra población de estudio sólo incluye a los niños y adolescentes atendidos por urgencias relacionadas con la salud mental en un único centro; por lo tanto, nuestros resultados pueden no ser generalizables a una población más amplia. En segundo lugar, únicamente fueron incluidos aquellos pacientes cuyo motivo de consulta fue APM, siendo probable que hayamos omitido algunos pacientes con otras causas médicas o traumáticas de agitación, lo que crea un posible sesgo de selección. Por último, no fue analizado el efecto de los psicofármacos empleados

como tratamiento de base en algunos pacientes, en el resultado de la contención farmacológica.

En conclusión, las consultas urgentes por cuadros de APM y agresividad en el paciente pediátrico son más frecuentes en varones y pacientes con antecedentes de patologías psicológicas y/o psiquiátricas. La disfunción familiar estuvo presente en más de la mitad de los casos. La resolución de los episodios se logró en la mayoría de casos a través de medidas conservadoras. Los casos subsidiarios de contención farmacológica y/o inmovilización terapéutica no se asociaron a ningún factor de riesgo que pudiera predecir la gravedad del comportamiento violento.

FINANCIACIÓN

El artículo no ha recibido ningún tipo de financiación pública ni privada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

CONTRIBUCIONES

Los autores confirman que su contribución al trabajo es la siguiente:

- Concepción y diseño: MA Molina Gutiérrez
- Recogida de datos: R López López y M Bueno Barriocanal.
- Análisis e interpretación de los resultados: JA Ruíz Domínguez y P García Sánchez.
- Elaboración del borrador del manuscrito: MA Molina Gutiérrez, R López López, M Bueno Barriocanal, A Ortiz-Villalobos y JA Ruíz Domínguez

Todos los autores revisaron los resultados y aprobaron la versión final del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Fernández-Quintana Á, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de

- seguimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2018;17–30.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
2. Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *The Journal of Emergency Medicine.* 2018 Apr;54(4):447–57.
<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.12.049>
3. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders.* 1999 Oct;55(2–3):89–98.
[https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00010-5)
4. Jiménez Busselo MT, Aragón Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría.* 2005 Dec;63(6):526–36. [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(05\)70253-8](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(05)70253-8)
5. Álvarez-Hernández M, Castro-Pañeda P, González-González-de-Mesa C, Álvarez-Martino E, Campo-Mon MÁ. Conductas disruptivas desde la óptica del docente: validación de una escala. *AN PSICOL-SPAIN.* 2016 Jul 28;32(3):855.
<https://doi.org/10.6018/analesps.32.3.223251>
6. Maccoby EE, Jacklin CN. Sex differences in aggression: a rejoinder and reprise. *Child Dev.* 1980 Dec;51(4):964–80.
7. Novaes CM, Pondé MP, Freire ACC. Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2008;66(3b):646–51.
<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2008000500008>
8. Rocker JA, Oestreicher J. Focused Medical Assessment of Pediatric Behavioral Emergencies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2018 Jul;27(3):399–411.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.003>
9. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pámias M, García-Parés G, Cobo J. Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Nov;44(6):203–11.
10. Yip L, Aeng E, Elbe D. Management of Acute Agitation and Aggression in Children and Adolescents with Pro Re Nata Oral Immediate Release Antipsychotics in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology.* 2020 Nov 1;30(9):534–41.
<https://doi.org/10.1089/cap.2019.0171>
11. Baldaçara L, Diaz AP, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes Júnior V de P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 2. Pharmacological approach. *Braz J Psychiatry.* 2019 Aug;41(4):324–35.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0177>
12. Laita de Roda P, Menéndez Suso JJ. Agitación psicomotriz. In: *Decisiones en urgencias pediátricas.* 2a. Elsevier; p. 1162–9.
13. Mahajan P, Alpern ER, Grupp-Phelan J, Chamberlain J, Dong L, Holubkov R, et al. Epidemiology of Psychiatric-Related Visits to Emergency Departments in a Multicenter Collaborative Research Pediatric Network: Pediatric Emergency Care. 2009 Nov;25(11):715–20.
<https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e3181bec82f>
14. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010 Oct;32(suppl 2):S112–20.
<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600008>
15. Ziaei M, Massoudifar A, Rajabpour-Sanati A, Pourbagher-Shahri AM, Abdolrazaghnejad A. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Advanced Journal of Emergency Medicine [Internet].* 2018 Nov 29 [citado el 9 de octubre de 2022];(In press).
<https://doi.org/10.22114/ajem.v0i0.117>
16. Villacrés Betancourt RH. Criminalidad y disfunción familiar en adolescentes infractores. 2011 [citado el 29 de diciembre de 2022]; Disponible en:
<https://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1625>
17. Billieux J. Problematic Use of the Mobile Phone: A Literature Review and a Pathways Model. *CPSR.* 2012 Oct 1;8(4):299–307.
<https://doi.org/10.2174/157340012803520522>
18. Vandrey R, Budney AJ, Kamon JL, Stanger C. Cannabis withdrawal in adolescent treatment seekers. *Drug and Alcohol Dependence.* 2005 May;78(2):205–10.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.11.001>
19. Barthelemy OJ, Richardson MA, Cabral HJ, Frank DA. Prenatal, perinatal, and adolescent exposure to marijuana: Relationships with aggressive behavior. *Neurotoxicology and Teratology.* 2016 Nov;58:60–77. <https://doi.org/10.1016/j.ntt.2016.06.009>

- 12
20. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [citado el 22 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
 21. Ávila AB, D'Andrea G, Alonso MM, Gallegos MG, Delgadillo LM, Orozco C. Crianza parental asociada al consumo de drogas y alteraciones en salud mental en adolescentes infractores. 2018;7.
 22. Peñafiel Pedrosa EM. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Pulso: revista de educación. 2009;(32):147–73.
 23. Dorfman DH, Mehta SD. Restraint Use for Psychiatric Patients in the Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care. 2006 Jan;22(1):7–12. <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000195758.12447.69>
 24. Sheridan DC, Spiro DM, Fu R, Johnson KP, Sheridan JS, Oue AA, et al. Mental Health Utilization in a Pediatric Emergency Department: Pediatric Emergency Care. 2015 Aug;31(8):555–9. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000343>
 25. Jenkins M, Barrett MC, Frey T, Bouvay K, Barzman D, Kurowski EM. Adherence with an Acute Agitation Algorithm and Subsequent Restraint Use. Psychiatr Q. 2021 Sep;92(3):851–62. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09860-0>
 26. Gerson R, Malas N, Mroczkowski MM. Crisis in the Emergency Department. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2018 Jul;27(3):367–86. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.002>

M. Real-López ^{1,2} * 
M. Peraire ² 
C. Ramos-Vidal ^{1,2} 
G. Llorca ^{1,2}
M. Julián ¹
N. Pereda ³ 

1 Grupo de investigación sobre la salud mental de la infancia y la adolescencia (INTEGRA). Universitat Jaume I. Castellón. España.
2 Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. España.
3 Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GREVIA). Institut de Neurociències (UBNeuro). Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Matías Real-López
Correo: mreal@uji.es

*Abuso sexual infantil y consecuencias
psicopatológicas en la vida adulta*

*Child sexual abuse and psychopathological
consequences in adult life*

RESUMEN

Introducción: El abuso sexual infantil (ASI) es una forma de maltrato universal e infraestimado que constituye un problema de salud pública. Afecta a la adaptación psicológica y mental de las víctimas, a corto y largo plazo, generando problemas físicos, emocionales, sociales y conductuales. Se pretende estudiar el impacto del ASI en cuanto a psicopatología del adulto, detallando aquellas características que determinan la tipología y gravedad de la sintomatología. **Metodología:** Se lleva a cabo una revisión a través de bases de datos y revistas especializadas, en un intervalo temporal que abarca de enero de 2010 a septiembre de 2021, utilizando las palabras clave: 'child sexual abuse', 'child sex abuse', 'psychopathology', 'psychopathological consequences'. Se preseleccionan 114 artículos, que se filtran según muestra analizada y calidad metodológica, escogiendo 21 para revisar. **Resultados:** Se evidencia que el ASI se asocia de forma determinante con clínica de inicio en la etapa adulta que incluye ansiedad, trastornos del estado de ánimo, quejas somáticas, abuso de sustancias e ideación suicida. La psicopatología es más grave en contexto intrafamiliar, dado que la ruptura de confianza y apego resulta traumática. Aun así, no existe una psicopatología unívoca que pueda constituir un 'síndrome post-abuso'. **Conclusiones:** El abuso sexual infantil es una experiencia

ABSTRACT

Introduction: Child sexual abuse (CSA) is a traumatic, universal, and underestimated type of abuse that constitutes a public health problem. It affects the psychological and mental adaptation of the victims, in the short and long term, generating physical, emotional, social, and behavioral problems. The aim is to study the impact of CSA in terms of adult psychopathology, detailing those characteristics that determine the typology and severity of the symptoms. **Methodology:** A review is carried out through databases and specialized magazines, in a time interval that covers from January 2010 to September 2021, using the keywords: 'child sexual abuse', 'child sex abuse', 'psychopathology', 'psychopathological consequences'. 114 articles are preselected, which are filtered according to sample analyzed and methodological quality, choosing 21 to review. **Results:** It is evidenced that CSA is associated in a decisive way with clinical onset in the adult stage that includes anxiety, mood disorders, somatic complaints, substance abuse and suicidal ideation. Psychopathology is more serious in a family context because the breakdown of trust and attachment is traumatic. Even so, there is no univocal psychopathology that could constitute a

14

vital compleja que se asocia a consecuencias severas. Sería recomendable elaborar programas de prevención y detección precoz, aumentando las campañas de sensibilización y replicando ensayos longitudinales y prospectivos que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre sus consecuencias.

Palabras clave: Abuso sexual, infancia, psicopatología, secuelas, adultos.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como el abuso o desatención hacia menores de 18 años, incluyendo cualquier conducta que pueda ocasionar un perjuicio a la salud, crecimiento o dignidad del niño, o poner en riesgo su supervivencia, en el marco de una relación de responsabilidad, confianza o poder (1). No existe un consenso en relación con los tipos de maltrato infantil, aunque el Sistema de Clasificación Jerárquico Extendido (SCJE) (2) es uno de los métodos que más apoyo tiene. Esta clasificación categoriza el fenómeno en cuatro tipos diferentes: maltrato físico, maltrato emocional, negligencia y abuso sexual.

El abuso sexual infantil (ASI) implica actividad sexual de diferente tipología (exposición visual, tocamientos, sexo oral, insinuaciones...) por parte de un adulto hacia un menor de 18 años. Este tipo de actividad siempre incluye la excitación o complacencia de la figura adulta, que actúa como un símbolo de autoridad ante el menor (3).

El ASI es un problema de salud pública que genera una interferencia significativa en el desarrollo del niño que lo sufre, repercutiendo de forma negativa en su estado físico y psicológico. Se trata de un fenómeno que no entiende de sociedades o estratos sociales, constituyendo un problema de carácter universal (4).

Aunque no existe una conceptualización universal del ASI, una de las definiciones más importantes es la propuesta por el *National Center on Child Abuse and Neglect* (1978), que considera que el ASI es un fenómeno que incluye tratos e interacciones entre un menor y un adulto, utilizando este último al niño

"post-abuse syndrome". **Conclusions:** Child sexual abuse is a complex vital experience associated to severe consequences. It would be advisable to develop prevention and early detection programs, increase awareness campaigns and replicate longitudinal and prospective tests that contribute to broadening knowledge about its consequences.

Keywords: Sexual abuse, childhood, psychopathology, aftermath, adults.

para la estimulación sexual propia o de terceros (5). El acto abusivo puede perpetrarse también por parte de menores, siempre y cuando el agresor sea significativamente mayor que la víctima (cinco años o más) o a través de la coacción. En este último caso, el agresor usa el contexto de autoridad (fortaleza física, intimidación, presión, autoridad, embuste) para relacionarse con el menor sexualmente, mientras que la desemejanza entre los implicados hace que la víctima no tenga libertad de determinación (6).

Existe un espectro del ASI que permite diferenciar la tipología en función de diferentes parámetros (6,7) que, a su vez, influyen en el desarrollo de problemas psicológicos (8). En ese sentido, hay que considerar (a) la existencia de contacto físico (caricias, masturbación, penetración), o ausencia de éste (proposición verbal explícita, exhibición de órganos sexuales para satisfacción sexual, coito intencionado ante la presencia física del menor). El ASI con contacto físico se asocia a mayor riesgo de desarrollo de psicopatología posterior, especialmente en los casos que se produce penetración (9), incluyendo conductas sexualizadas o comportamientos erotizados; (b) abuso agudo (si ocurre una sola vez), o abuso crónico (si se produce repetidamente); y (c) en contexto intrafamiliar, o en ámbito extrafamiliar, por personas externas.

Se considera incesto al vínculo carnal entre familiares dentro de los grados en los que el matrimonio está impedido (10), incluyendo el contacto sexual entre dos personas vinculadas que puede desarrollarse durante un extenso periodo de tiempo. El ASI intrafamiliar hace alusión a cualquier tipo de conducta sexual con un menor con relación familiar con el objetivo de alcanzar satisfacción sexual

en el agresor (progenitor, cuidador u otro encargado del menor) (11).

Resulta difícil conocer con exactitud la prevalencia del abuso sexual infantil y las cifras que muestran los diferentes estudios de revisión son sólo una aproximación a su verdadera magnitud (12). Además, la concepción de que el contexto familiar proporciona seguridad y protección al niño favorece la infraestimación del fenómeno en dicho ámbito. El número de notificaciones oficiales de menores victimizados sexualmente ha aumentado entre 2012 y 2017 en España (13), posiblemente por una mayor concienciación que ha permitido incrementar las denuncias. Además, concretando aún más en el contexto actual, la crisis sociosanitaria producida por el SARS-CoV-2 ha aumentado el riesgo de exposición a todo tipo de violencias en el ámbito familiar. El aislamiento social, el impacto laboral, la inestabilidad económica y los altos niveles de tensión pueden incrementar el nivel de estrés familiar y, por tanto, el riesgo de victimización (14).

El ASI es más frecuente en mujeres (58,9%) que en hombres (40,1%), siendo la franja de edad más prevalente la de los 6-12 años (15). El ASI intrafamiliar es también más frecuente en niñas, y la edad de inicio se fija en los 7-8 años. El ASI extrafamiliar, por el contrario, es más prevalente en niños, y empieza a una edad más tardía, a los 11-12 años (16). Se considera que el 65-85% de los ASI son de tipo intrafamiliar, y suelen llevarse a cabo por parte de padres, hermanos mayores o tíos (16). El ASI intrafamiliar más usual es el incesto entre hermanos, seguido del de padre-hija. Este último resulta más traumático para familia y víctima, por el vínculo familiar estrecho (17). Con menor frecuencia aparecen los ASI que involucran a tíos, hermanastros, abuelos y el de madre-hijo, que es inusual y se asocia a casos en los que la madre ha padecido ASI o consume tóxicos (18).

Respecto al abuso extrafamiliar, el ASI intrafamiliar se manifiesta repetido en el tiempo y presenta una mayor latencia en la revelación (media de 3 años) (19). Asocia mayor porcentaje de familias reconstituidas, con más antecedentes judiciales e historias anteriores de violencia doméstica (20).

El ASI es una experiencia traumática que puede marcar un punto de inflexión vital en el desarrollo emocional de la víctima. Por ello, hay que considerar

aquellos indicadores que hagan sospechar la existencia de un abuso, para valorarlos y poder notificar dicha situación. En ese sentido, destacan (a) señales físicas: enrojecimiento genital, inflamaciones regionales, heridas y equimosis, prurito, sangrado, enfermedades de transmisión sexual o embarazo; (b) señales funcionales: enuresis, encopresis, palpitaciones, cefaleas, convulsiones, pérdida de conciencia, náuseas o vómitos; y (c) señales conductuales: tristeza, miedo, vergüenza, introversión, apatía, baja autoestima, sentimiento de culpa, trastornos del sueño o conducta antisocial, regresiva o autolítica (20).

Las consecuencias producidas por el fenómeno pueden ser múltiples, afectando a varias áreas personales de la víctima. Aun así, y dado que no existe un patrón único de sintomatología, es difícil hablar de un síndrome derivado del abuso sexual (4,20-22). La clínica acostumbra a ser inespecífica, sin ser exclusiva del acto abusivo (16), desarrollándose a partir de la experiencia subjetiva del maltrato infantil (23). Puede iniciarse a corto plazo (dentro de los dos años posteriores al ASI) o a largo plazo (a partir de los dos años siguientes), y hasta varias décadas más tarde.

Es, por tanto, muy frecuente que los síntomas no se desarrollen en la etapa infantil, saliendo a la luz durante la adultez (21) como un fenómeno de 'sleeper effects' o efectos latentes (24). En cualquier caso, las consecuencias a corto y largo plazo pueden llegar a ser graves, ocasionando interferencias en la vida de la víctima. Así, el ASI conlleva un impacto significativo en el bienestar subjetivo de los adultos víctimas (25). En concreto, se postula que ocasiona cuatro efectos en el individuo, que incluyen sexualidad traumática, sentimiento de traición, impotencia y estigmatización (26). Sin embargo, hay investigaciones que concluyen que tanto los abusos intrafamiliares como extrafamiliares son igualmente dañinos, con consecuencias psicológicas persistentes (20).

No hay una vinculación causal entre ASI y psicopatología, ya que hay un número elevado de variables mediadoras, tanto relativas al individuo como relacionadas con el tipo de abuso, que dificultan que se establezca un patrón único y estable de sintomatología (síndrome post-abuso). Aun así, es evidente que el acto abusivo actúa como un agente de riesgo determinante para el surgimiento de sintomatología. En concreto, destacan reacciones

16

de tipo internalizante como ansiedad, depresión, trastorno por estrés postraumático o ideación suicida. La depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia en población adulta, seguido del trastorno por estrés postraumático (24). También destaca la presencia de cuadros de estrés agudo, de ansiedad y de conversión (27).

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las investigaciones nacionales e internacionales que estudian el impacto del ASI en cuanto a psicopatología de inicio en el adulto. Las consecuencias a largo plazo son las que más frecuentemente se detectan en la práctica clínica, dado que la mayoría de las víctimas informan cuando son mayores (28). Dado que la última revisión en lengua española de este tema fue publicada en 2010, se pretende actualizar el conocimiento profesional acerca de esta problemática y facilitar la elaboración de estrategias para su prevención y detección temprana.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos (PubMed, Dialnet, ProQuest, PsycInfo, IBECs, Biblioteca Cochrane, Scielo, Google Académico) y revistas específicas (Revista de Informació Psicològica, Revista de Psicología Conductual, *Child Abuse & Neglect*, *Journal of Child Sexual Abuse*).

Las palabras clave empleadas fueron “*child sex abuse*” OR “*child sexual abuse*” AND “*psychopathology*” OR “*psychopathological consequences*”, con un intervalo temporal que abarca entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de septiembre de 2021. Únicamente se consideran aquellos trabajos que estudian un acto abusivo de carácter sexual ocurrido en la etapa infantil, y con consecuencias psicopatológicas presentes en la edad adulta. Dado que la mayoría de los abusos ocurren en el ámbito intrafamiliar, se descarta incluir ese factor como criterio de selección. Aunque se pretende estudiar la psicopatología en la adultez, se decide incluir todos aquellos trabajos que analicen la clínica a partir de los 16 años para ampliar la muestra de trabajos recogidos y considerar la psicopatología en el adulto joven. En cuanto al diseño o metodología: se incluyen revisiones y metaanálisis (incluyendo 1 revisión paraguas) y estudios

empíricos observacionales en los que los participantes informan retrospectivamente haber sufrido abusos, ya que ofrecen información valiosa sobre la prevalencia del ASI en diferentes poblaciones.

En cuanto a los criterios de selección empleados, los de inclusión fueron: (1) Estudios comprendidos entre el 1 de enero de 2010 y el 30 de septiembre de 2021; (2) el acto abusivo debe haber sucedido en la infancia; (3) presencia de psicopatología a partir de los 16 años; (4) estudios de tipo empírico, revisiones o metaanálisis. Los criterios de exclusión fueron: (1) estudios publicados en otras fechas; (2) que el abuso no se hubiera producido en la infancia; (3) aparición de psicopatología previa a los 16 años; (4) estudios de caso único.

El proceso de identificación, exclusión y selección de artículos se refleja en la [Figura 1](#).

RESULTADOS

Características de los artículos incluidos

La descripción metodológica de los estudios analizados se incluye en la [Tabla 1](#).

En la revisión se incluyen 21 trabajos: 2 nacionales y 19 internacionales. La procedencia geográfica de los autores es muy variada, incluyendo Estados Unidos, Israel, Noruega, Islandia, Nueva Zelanda o Etiopía. Hay 1 metaanálisis, 3 revisiones y 17 investigaciones empíricas. La mayoría de estas últimas son evaluaciones transversales sobre muestras procedentes de entornos universitarios, de servicios ambulatorios de salud mental o de asociaciones de supervivientes. Uno de los trabajos incluye seguimiento longitudinal durante varios años (38). El tamaño muestral de los estudios primarios es muy variable y fluctúa entre 23 y 34.653 participantes, aunque la mayoría investigan sobre muestras que giran en torno a los 200-400 participantes. Aquellos trabajos que extraen datos relacionados con el ASI y la salud física y psíquica a partir de encuestas de salud y cohortes poblacionales obtienen mayor volumen muestral, de varios miles. La revisión paraguas analiza un compendio de metaanálisis y sobrepasa los 4 millones de participantes.

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados.

Estudio	País	Diseño	Participantes	Tamaño muestral	Edad media [rango]	Sexo	Instrumentos de evaluación
Almendro et al. (2013) (22)	España	Observacional transversal	Pacientes de servicios ambulatorios de salud mental de la Comunidad de Madrid	23	37,96 [18-59]	95,7% ♀ 4,3% ♂	Recogida de información sociodemográfica y relacionada con la experiencia de abuso sexual. Diagnóstico según criterios CIE-9 e Inventario Clínico Multiaxial de Millon
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	Reino Unido	Observacional transversal	Pacientes incluidos en un programa de psicoterapia en Escocia, entre 2006 y 2009	149	[16-55]	77,9% ♀ 22,1% ♂	<i>Symptom Checklist-90</i>
Steine et al. (2017) (30)	Noruega	Observacional transversal	Usuarios de un centro de apoyo para supervivientes de abuso sexual	138	42,9 [19-71]	96,4% ♀ 3,6% ♂	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i> y <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
McElroy et al. (2016) (31)	Dinamarca	Observacional transversal	Pacientes de un centro de terapia psicológica	434	36,62	85,5% ♀ 14,5% ♂	Inventario Clínico Multiaxial de Millon y un cuestionario de variables sociodemográficas y de problemas sexuales
Adams et al. (2018) (32)	Reino Unido	Observacional transversal	Jóvenes adultos (mayores de 16 años) procedentes de entornos educativos	1268	19,68 [16-24]	51% ♀ 49% ♂	Cuestionario que define inicio y duración del abuso, <i>Childhood Trauma Questionnaire</i> , <i>Diagnostic Interview Schedule for Children Predictive Scales</i> , <i>Revised Children's Manifest Anxiety Scale</i> , y <i>Child PTSD Symptom Scale</i>
Lestrade et al. (2013) (33)	Estados Unidos	Observacional transversal	Mujeres afroamericanas mayores de 18 años	60	35,2	100% ♀	Entrevista clínica estructurada según criterios DSM-IV, autoinforme con ítems de la Escala de Síntomas Traumáticos y la Escala de Conflictos Tácticos, cuestionario sobre enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual infantil.
Gal et al. (2011) (34)	Israel	Observacional transversal	Participantes en la Israel National Health Survey mayores de 21 años	4859	47	50,8% ♀ 49,2% ♂	Preguntas elaboradas ad hoc relacionadas con el abuso, 12-item <i>General Health Questionnaire</i> , <i>Composite International Diagnostic Interview</i> y <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>
Steine et al. (2019) (35)	Noruega	Observacional longitudinal con seguimiento de 2-4 años	Miembros de una organización de supervivientes de abuso	533	39,2 [12-73]	94,9% ♀ 5,1% ♂	Cuestionarios ad hoc, <i>Bergen Insomnia Scale</i> , <i>Impact of Event Scale-Revised</i> y <i>Nightmare Distress Questionnaire</i>

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados (Continuación).

O'Keefe et al. (2014) (36)	Estados Unidos	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	1178	21 [18-86]	100% ♂	Entrevista personal, Escala de Depresión del centro de estudios epidemiológicos, Escala de Intimidad, Escala de satisfacción sexual, Escala de conflictos (hipersexualidad, comportamientos sexuales de riesgo) y Escala de orientación sexual
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	Estados Unidos	Observacional transversal	Participantes en el <i>National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (I-II)</i> mayores de 18 años	34653	[18-24]	75,2% ♀ 24,8% ♂	Entrevista semiestructurada con preguntas relacionadas con variables sociodemográficas, diagnósticas y relacionadas con el abuso
Sciolla et al. (2011) (38)	Estados Unidos	Observacional transversal	Usuarias afroamericanas y latinas de la red de atención comunitaria y hospitalaria	94	35,1 [18-50]	100% ♀	<i>Wyatt Sexual Health Questionnaire, 16-item questionnaire of childhood adversities, la Chronic Burden Scale, Checklist of Sexual Abuse and Related Stressors y Center for Epidemiological Studies-Depression Scale</i>
Cortés et al. (2011) (39)	España	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	2159	20,38 [18-50]	84,1% ♀ 15,9% ♂	Cuestionario anónimo sobre abuso sexual a menores diseñado ad hoc, Escala de Autoestima de Rosenberg, Inventario de Asertividad, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo y Escala de pensamientos suicidas
Jonas et al. (2011) (40)	Reino Unido	Observacional transversal	Participantes mayores de 16 años reclutados por el <i>National Centre for Social Research</i>	7403			Autoinformes creados ad hoc para explorar el abuso. <i>Clinical Interview Schedule – Revised, AUDIT, Severity of Alcohol Dependence Questionnaire, Diagnostic Interview Schedule, Trauma Screening Questionnaire y SCOFF questionnaire</i>
Bebbington et al. (2011) (41)	Reino Unido	Observacional transversal	Participantes mayores de 16 años reclutados por el <i>National Centre for Social Research</i>	7403			Autoinformes creados ad hoc para explorar abuso, consumo de cannabis y sintomatología psicótica (según criterios CIE-10)
O'Brien et al. (2013) (42)		Revisión					Búsqueda electrónica en bases de datos (PubMed, PsycINFO, MedLine) de artículos publicados entre 1990 y 2012 relacionados con el trauma sexual infantil y su relación con la conducta suicida
Fergusson et al. (2013) (43)	Nueva Zelanda	Observacional transversal	Cohorte incluida en la <i>Health and Development Study</i> .	987	[16-30]	80% ♀ 20% ♂	Entrevistas semiestructuradas realizadas a los 16, 18, 21, 25 y 30 años, con preguntas sobre abuso sexual infantil, salud mental, situación socioeconómica, salud física, conductas sexuales y bienestar psicológico

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados (Continuación).

Fergusson et al. (2013) (43)	Nueva Zelanda	Observacional transversal	Cohorte incluida en la Health and Development Study.	987	[16-30]	80% ♀ 20% ♂	Entrevistas semiestructuradas realizadas a los 16, 18, 21, 25 y 30 años, con preguntas sobre abuso sexual infantil, salud mental, situación socioeconómica, salud física, conductas sexuales y bienestar psicológico
Morrill (2014) (44)	Estados Unidos	Observacional transversal	Estudiantes universitarios	87	23 [15-59]	67,1% ♀ 32,9% ♂	Entrevista exploratoria para el abuso sexual entre hermanos, Escala de conflictos tácticos y Escala de Autoestima de Rosenberg
Beard et al. (2017) (45)	Estados Unidos	Observacional transversal	Mujeres víctimas de abuso sexual intra y extrafamiliar	429	25,4	100% ♀	Entrevista asistida por ordenador, <i>Center of Epidemiologic Studies Depression Scale</i> y <i>Escala de Satisfacción Sexual</i>
Vonderlin et al. (2018) (46)		Metaanálisis	65 revisiones	7352	35,9 [20,4-46,6]	74% ♀ 26% ♂	Se tienen en consideración las variables sociodemográficas (edad, género, inicio del abuso, duración de este, relación con el abusador) y la Escala de Experiencia Disociativa
Hailles et al. (2019) (47)		Revisión paraguas	19 metaanálisis de 559 estudios primarios	4089547			Compran odds ratios (OR) para diferentes trastornos mentales, examinan la heterogeneidad entre estudios y el sesgo de publicación
Noll (2021) (48)		Revisión					Se incluyen metaanálisis, estudios longitudinales y análisis retrospectivos que estudian la vinculación entre abuso sexual y trastornos mentales, hipotetizando mecanismos causales. Se controlan siempre que sea posible, los factores de confusión.

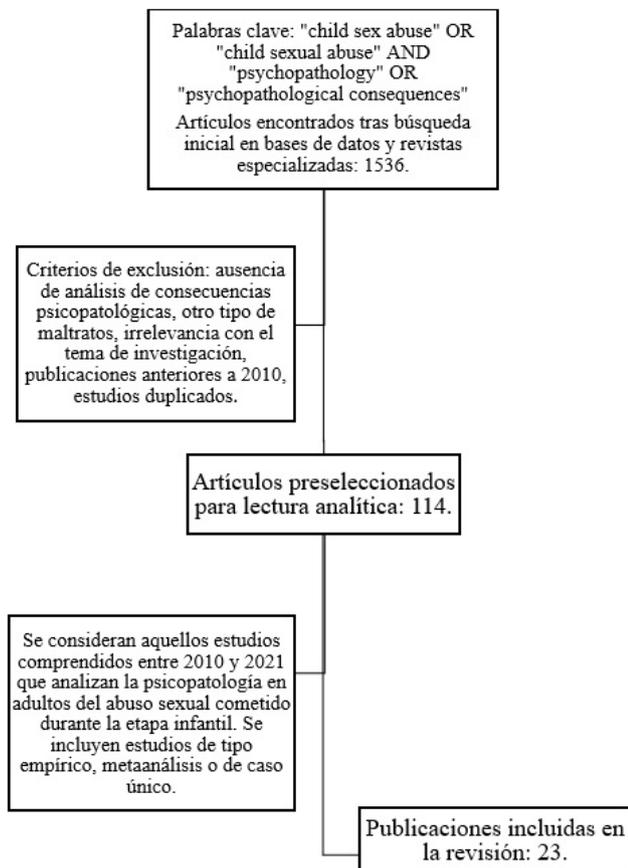


Figura 1. Proceso de identificación, exclusión y selección de artículos.

Los trabajos se realizan de forma exclusiva en población femenina o abarcan muestras compuestas mayoritariamente por mujeres, con porcentajes que varían entre el 67,1 y 96,4%. Un único estudio está enfocado en el análisis de varones victimizados. La edad media de la mayoría de los trabajos se fija en la tercera década (35-37 años), aunque hay tres con medias menores (finales de la primera década y mediados de la segunda) y dos con mayores (cuarta década).

Análisis de los artículos revisados

Los trabajos investigan las consecuencias de múltiples tipologías abusivas. Aquellos diseñados específicamente para el estudio de los ASI recogen una descripción precisa y completa del maltrato. En cambio, los que analizan datos incluidos en macroencuestas son menos concretos a la hora de precisar las características

de los abusos. Las características de la experiencia abusiva se recogen en la [Tabla 2](#).

Se extraen conclusiones comunes en cuanto a la edad de inicio de los ASI, siendo el más frecuente el intervalo comprendido entre los 5 y los 10 años (22,29-35,38,39,46). Los ASI suelen tener un único victimario y en los de tipo intrafamiliar es más común que se trate de un familiar de primer grado, destacando la figura paterna en varios de los estudios analizados (22,29,30). También se señala la tendencia a la repetición (29) y que la duración de los abusos se prolonga a lo largo de varios años (31).

La experiencia vital de abuso sexual afecta de forma significativa a la salud de las víctimas, comportando una variedad de problemas a largo plazo. Se confirma en rigurosos estudios de revisión que, sin existir una relación causal entre la experiencia de ASI y el desarrollo de psicopatología, el ASI supone un factor de riesgo importante en el desarrollo de una multitud de diagnósticos psiquiátricos, psicológicos y psicosociales (48,65) ([Tabla 3](#)).

Los cuadros depresivos son una de las consecuencias más frecuentes, detectándose en gran parte de las investigaciones revisadas tanto en poblaciones clínicas como generales. Los síntomas afectivos tienen repercusiones relacionales y emocionales graves (22,31,33). El abuso sexual favorece el desarrollo de trastornos del ánimo, con mayor prevalencia, precocidad e intensidad si ocurre en etapa infantil (34). Es relevante mencionar que los síntomas depresivos son más intensos en casos de incesto (46). En ese perfil de pacientes se advierte menor asertividad, con una disposición vital negativa (39). También asocian peor salud física, menor bienestar subjetivo (43) y trastornos del sueño (34). El insomnio intenso se relaciona con un ASI de inicio precoz (34), con penetración, amenazas y/o violencia física, y se acompaña de menor apoyo social percibido y dificultades relacionales (35).

La gravedad del ASI se asocia con sintomatología depresiva de forma independiente a otras variables sociodemográficas o familiares (43,48), aunque se ha descrito que la respuesta recibida ante la revelación y el sentimiento de autoculpa pueden agravar la clínica afectiva (38).

El trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias del ASI con mayor relevancia (30),

especialmente en situaciones de contacto sexual no consentido (40). Se ha detectado una prevalencia del 73,2% entre supervivientes de ASI (35). El momento de inicio de abuso y la duración de éste predicen la cantidad de sintomatología postraumática que presentan las víctimas, especialmente en el caso de las mujeres (32). Se vincula con baja autoestima y menor satisfacción con la vida, propiciando con mayor frecuencia la aparición de ideación suicida e intentos autolíticos (43).

Dentro de la 'esfera postraumática', se ha llegado a identificar dos trayectorias clínicas: una de curso subclínico y decreciente; y otra de mayor intensidad sintomatológica. La segunda es menos frecuente y se da en ASI concomitante con violencia física y que se acompaña de impotencia o miedo durante la agresión

Los mecanismos disociativos pueden aparecer en el contexto peri y postraumático, ya en la edad infantil, con fenómenos de amnesia, despersonalización y desrealización (52), como una estrategia de supervivencia frente al ASI (53).

La ansiedad también es muy prevalente, con cifras que alcanzan el 76,3% (31) en población clínica. Puede aparecer como estado y rasgo, siendo especialmente significativa en hombres de población general victimizados (39), y se correlaciona de forma significativa con síntomas depresivos y postraumáticos (32). Asimismo, se ha detectado la presencia de trastorno de pánico, ansiedad social y fobias específicas (37).

A nivel de trastornos de personalidad, el que mayor correlación presenta con el ASI es el subtipo límite (22,51). Otras investigaciones han relacionado la experiencia del abuso sexual con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial, paranoide, histriónico, narcisista o dependiente (51), pero en los artículos estudiados no se encuentran resultados que apunten en esa dirección.

En poblaciones clínicas se describe una prevalencia significativa de cuadros psicóticos (37) que se cifra hasta en un 13% (22). En concreto, se ha descrito la presencia de ideación delirante y psicoticismo entre las supervivientes de ASI (29). El desarrollo de la psicosis viene mediado de forma parcial por los síntomas ansiosos y depresivos, pero no

por el consumo de cannabis o la revictimización en la edad adulta (41). En cuadros psicóticos, se ha descrito que el ASI temprano (antes de los 11 años) conlleva un peor rendimiento social y funcional, incluso antes del debut de la enfermedad (54). Asimismo, pueden desarrollarse trastornos de conducta alimentaria (40), especialmente bulimia nerviosa (44), y trastornos conversivos (30).

En hombres victimizados que acuden a terapia se detecta una presencia significativa de dependencia de alcohol (5,5%) y sustancias (4,1%) (31). En general, se considera que el ASI propicia la automedicación y el consumo de alcohol y otras drogas (43,44); por ello, las víctimas de ASI tienen un riesgo relativo significativamente elevado de presentar abuso de tóxicos (40).

El ASI provoca un funcionamiento sexual disfuncional que puede incluir tener sexo con desconocidos, intercambiar sexo por dinero o droga, o ser coaccionada emocionalmente para mantener relaciones sexuales (33). También favorece conductas de riesgo como promiscuidad, prematuridad sexual o sexo sin protección (44). En comparación con mujeres abusadas por un desconocido, las víctimas de incesto presentan primeras experiencias sexuales más tempranas, más parejas sexuales (43), peor satisfacción sexual y menor frecuencia en las relaciones sexuales en la adultez (45). Los hombres victimizados asocian mayor hipersexualidad con comportamientos sexuales tempranos y de riesgo, y problemas de adaptación en parejas adultas (infidelidades, elevado número de parejas sexuales, dificultades para la comunicación sexual) (36).

También se ha descrito el trastorno obsesivo-compulsivo como consecuencia psicopatológica del ASI (29). Destacan pensamientos relacionados con quitarse la ropa en público, observar partes íntimas de terceros y tener fantasías sexuales perturbadoras (33). Es relevante mencionar que un 11% de jóvenes victimizados sufren episodios de revictimización, con experiencias posteriores de violencia física y/o sexual cometida por abusadores diferentes al de la infancia (39). También puede darse la transmisión intergeneracional, reproduciendo la conducta de abuso de padres a hijos, situación que se da en el 20-30% de los casos (6).

Tabla 2. Características de los abusos.

22

Estudio	Características de la experiencia abusiva
Almendro et al. (2013) (22)	El abuso sexual es el motivo de consulta para el 39,1% de la muestra, y se mantiene en el tiempo en el 47,8% de los casos. En el 42,9% la relación con el abusador era de primer grado, en el 28,6% de segundo y en el 28,6% tienen relación de tercer grado. En el 65,2% de los casos, el abuso se inicia a los 5-10 años; el 47,8% sufre ASI repetido en el tiempo. Tipos de ASI: tocamientos (52,2%), penetración (26,1%) y felación (17,4%). El 70% de víctimas no informa del ASI, y sólo el 15% denuncia. El 71,4% no recibe protección legal o apoyo psicoterapéutico.
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	La mayoría de los abusos se inician a los 5-10 años (32,3%), se componen de varios episodios (37,6%), tienen un único victimario (60,4%), que suele ser varón (75,8%) y del ámbito intrafamiliar (55%). Destaca la figura paterna (21,5%).
Steine et al. (2017) (30)	La edad media de inicio del ASI es 5.9 años. La mayoría (78,3%) refiere abuso con penetración. En el 6,5% de los casos se reportan daños físicos significativos. El perpetrador suele ser alguien con quien se confía (76,1%), destacando la presencia del padre biológico (38,4%).
McElroy et al. (2016) (31)	El acto abusivo se inicia, de media, a los 6,57 años, extendiéndose durante 6,88. El 83,3% de las víctimas describen una situación de incesto, mientras que el 24,9% afirma haber sido maltratada por más de un agresor.
Adams et al. (2018) (32)	Se detecta que los abusos ocurren con mayor frecuencia sobre mujeres (51,4%) e infantes pertenecientes a minorías raciales (64,7%).
Lestrade et al. (2013) (33)	La edad media cuando se inicia el abuso es de 8,1 años.
Gal et al. (2011) (34)	La primera exposición al ASI es más frecuente en la infancia (67%), y en mujeres. Únicamente el 8,1% de mujeres y el 2,4% de varones denuncian, antes de los 18 años, los abusos sexuales.
Steine et al. (2019) (35)	La edad media de inicio del ASI es 6,5 años. El 48,5% de los abusos se acompañan de violencia física, y el 37,8% son perpetrados por el padre biológico.
O'Keefe et al. (2014) (36)	Evalúa el impacto del incesto hermana-hermano como primera experiencia sexual de la víctima.
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	La prevalencia de ASI en la muestra es de 10,14%, destacando en mujeres (75,2%). Se asocia con maltrato físico, negligencia infantil, padre con problema de abuso de sustancias, violencia doméstica y escaso apoyo familiar.
Sciolla et al. (2011) (38)	El 57% de las participantes describe que el abuso se prolonga durante años, siendo el perpetrador mayoritario un miembro de la familia. La edad media del primer incidente fue 9,58 años.
Cortés et al. (2011) (39)	Los abusos ocurren, de media, a los 8,87 años. Los perpetradores son generalmente hombres (95,5%), parientes de la víctima, y menores de edad. Actúan en la intimidad del hogar (de abusador o víctima), en un contexto de vinculación con el abusado (baño, acostarse a dormir, compartir dormitorio), o durante las visitas. El modus operandi es el engaño sin uso de violencia. Se usan sobornos, privilegios, juegos o seducción.
Jonas et al. (2011) (40)	Se incluyen diferentes tipologías de abuso que incluyen agresiones verbales y físicas, y relaciones sexuales no consentidas. No se realiza un análisis descriptivo de los abusos.
Bebbington et al. (2011) (41)	Se incluyen diferentes tipologías de abuso que incluyen agresiones verbales y físicas, y relaciones sexuales no consentidas. No se realiza un análisis descriptivo de los abusos.
O'Brien et al. (2013) (42)	No se realiza un análisis descriptivo de los actos abusivos.
Fergusson et al. (2013) (43)	El 14,1% del total de la muestra reconoce ASI, incluyendo de tipo verbal (2,7%), con ausencia de penetración (5,1%), o con penetración vaginal, oral y/o anal (6,3%).
Morrill (2014) (44)	Se estudia el incesto tipo hermano-hermano, que acostumbra a ser de baja representatividad y larga duración.
Beard et al. (2017) (45)	El perpetrador es el padre o quien ejerce la función paterna. El comportamiento sexual durante el abuso es variable, aunque la conducta más frecuente incluye tocamientos de vagina y penetración.
Vonderlin et al. (2018) (46)	La edad media de inicio del abuso son 7,6 años, y se prolonga durante 6,8 años. El 48% de los abusos son perpetrados por los padres, e incluyen penetración y contacto genital/oral.
Hailles et al. (2019) (47)	Revisan el abuso sexual antes de los 18 años y sus consecuencias a largo plazo (después de los 18 años).
Noll (2021) (48)	No se realiza un análisis descriptivo de los actos abusivos.

Tabla 3. Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil.

Estudio	Descripción psicopatológica
Almendro et al. (2013) (22)	Se detectan trastornos neuróticos (fobia, distimia) en el 39,1% de la muestra, trastornos de personalidad (límite) en el 26,1%, trastornos psicóticos en el 13%, trastornos adaptativos en el 13% y otra patología en un 8,7%.
Bak-Klimek et al. (2014) (29)	Encuentran un vínculo causal entre agresiones sexuales prematuras y psicopatología grave. Entre las víctimas destaca la presencia de somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, ansiedad, psicoticismo y estrés postraumático.
Steine et al. (2017) (30)	Dentro del trastorno de estrés postraumático se identifican dos trayectorias clínicas: una caracterizada por una intensidad subclínica y decreciente (54,9%), y otra por un nivel sintomatológico alto (45,1%). La segunda trayectoria se asocia con niveles altos de exposición a ASI, mediado por violencia física o amenazas, asociando ansiedad intensa, impotencia o miedo durante el abuso. La segunda trayectoria se vincula con menos apoyo social percibido y más dificultades relacionales.
McElroy et al. (2016) (31)	Describen elevada prevalencia de trastornos de ansiedad (76,3%), distimia (39,9%), depresión mayor (37,1%), dependencia al alcohol (5,5%), y dependencia a sustancias (4,1%). En hombres es más frecuente la distimia y la dependencia a alcohol o sustancias. En mujeres destaca el trastorno somatomorfo y la depresión. No hay diferencias significativas por sexo en trastornos de ansiedad, trastorno bipolar o trastorno delirante.
Adams et al. (2018) (32)	El abuso sexual produce de forma significativa ansiedad, depresión y estrés postraumático. Dichas enfermedades se correlacionan con duración y gravedad del abuso, y se intercorrelacionan de forma moderada. El ASI tiene un impacto más perjudicial a partir de los 5 años, y predice más síntomas TEPT en mujeres que en hombres.
Lestrade et al. (2013) (33)	Entre las 60 mujeres, 49 fueron diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático y 27 de depresión mayor sin características psicóticas. El ASI intrafamiliar se vincula con más conductas sexuales de riesgo (18,3% reconocen sexo con desconocidos, 25% intercambia sexo por dinero o drogas, 28,3% recibe coacción emocional para tener relaciones sexuales).
Gal et al. (2011) (34)	El abuso sexual favorece el desarrollo de trastornos del ánimo, con mayor prevalencia, precocidad e intensidad si ocurre en etapa infantil. También se asocia con ansiedad y distrés emocional, aunque la edad de inicio de abuso no influye en el debut de los trastornos. El ASI en la infancia también produce patologías relacionadas con el sueño.
Steine et al. (2019) (35)	El 73,2% cumple criterios de trastorno de estrés postraumático. Se identifican tres trayectorias distintas de insomnio: una de síntomas elevados que disminuyen de forma progresiva (30,6%); una de síntomas intermedios y estables (41,5%); y una con clínica menor y estable (27,9%). La primera trayectoria se asocia a inicio precoz, abuso con penetración, amenazas y/o violencia física y estrés postraumático. Ese perfil clínico se asocia con bajo nivel de apoyo social percibido y mayores dificultades relacionales.
O'Keefe et al. (2014) (36)	Las víctimas de incesto obtienen peor puntuación en la Escala de conflictos y la Escala de Satisfacción sexual. También tienen más conductas de riesgo y de forma temprana, con mayor probabilidad de desarrollar una adicción al sexo. Presentan problemas de adaptación sexual con parejas adultas (infidelidad, promiscuidad, problemas de comunicación).
Pérez-Fuentes et al. (2013) (37)	El ASI produce un riesgo relativo significativo de desarrollar depresión, trastorno bipolar, trastorno de pánico, TEPT, TDAH, trastorno de conducta e intentos de suicidio. En menor medida, abuso de sustancias, ansiedad social, fobias específicas y trastornos psicóticos. La gravedad del ASI se correlaciona significativamente con la psicopatología.
Sciolla et al. (2011) (38)	El 63,8% de las participantes cumple criterios de trastorno depresivo. Los síntomas se modulan según edad de inicio, edad de revelación, respuesta ante la revelación y sentimiento de autoculpa.
Cortés et al. (2011) (39)	Las mujeres que sufren abuso sexual presentan, respecto al grupo control, puntuaciones inferiores en autoestima y asertividad, y puntuación mayor en depresión, ansiedad estado y rasgo, y actitud vital negativa (menos deseos de vivir). Presentan mayor riesgo de revictimización, así como de perpetrar abusos sexuales a otros menores (transmisión intergeneracional).
Jonas et al. (2011) (40)	El abuso sexual conlleva un riesgo relativo significativamente elevado de padecer cualquier trastorno mental (5,85), abuso de sustancias (5,09) y alcohol (3,50), trastorno de estrés postraumático (6,57) y trastornos alimentarios (5,23). El incremento del riesgo es mayor en mujeres y tras relaciones sexuales no consentidas.
Bebbington et al. (2011) (41)	El ASI antes de los 16 años produce un riesgo relativo significativamente elevado de padecer cuadros psicóticos (10,14). Se detecta una mediación parcial con ansiedad y depresión, pero no con consumo de cannabis o revictimización en la etapa adulta.

Tabla 3. Consecuencias psicopatológicas del abuso sexual infantil (Continuación).

O'Brien et al. (2013) (42)	El ASI se relaciona con un aumento de depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos de conducta, trastornos de alimentación, abuso de alcohol y drogas, trastorno de pánico y trastorno límite de la personalidad. Favorece impulsividad, conductas de riesgo y tendencias suicidas.
Fergusson et al. (2013) (43)	El ASI se asocia con mayores tasas de depresión, ansiedad, ideación suicida, intentos autolíticos, dependencia del alcohol y drogas ilícitas. También se vincula con estrés postraumático, menor autoestima y peor satisfacción con la vida, peor salud física, inicio de actividad sexual precoz y más parejas sexuales.
Morrill (2014) (44)	Ese tipo de incesto produce confusión en la identidad sexual, depresión, ansiedad, disociación, trastornos alimentarios (bulimia), autolesiones, quejas somáticas, trastorno de estrés postraumático, ideación suicida y comportamientos de riesgo (sexo sin protección, prematuridad sexual, promiscuidad, automedicación, uso de alcohol y drogas).
Beard et al. (2017) (45)	Las víctimas de ASI intrafamiliar obtienen puntuaciones más altas en depresión y en problemas de satisfacción sexual, y presentan una menor frecuencia de relaciones sexuales adultas.
Vonderlin et al. (2018) (46)	Una mayor disociación se asocia con edades más tempranas, mayor duración del abuso y ante la existencia de relación parental con el abusador. El abuso sexual implica más disociación que el físico y el emocional.
Hailes et al. (2019) (47)	El ASI se asocia a múltiples diagnósticos psiquiátricos, peor situación social y menor salud física. Las asociaciones más fuertes se detectan con trastorno de conversión, trastorno límite de personalidad, ansiedad, depresión, estrés postraumático, psicosis y abuso de sustancias. Hay una alta heterogeneidad entre estudios.
Noll (2021) (48)	El ASI se asocia con estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad. También se vincula con apego inseguro, desregulación emocional, evitación o estrés persistente. Debido a la sexualización traumática, favorece la disfunción sexual, la revictimización, las conductas sexuales de riesgo y los delitos de índole sexual.

En síntesis, los trabajos empíricos revisados corroboran que el abuso sexual infantil se asocia a una gran variedad de consecuencias psicopatológicas en la edad adulta, especialmente de tipo afectivo y ansioso. Los resultados de las revisiones analizadas son coincidentes con los estudios empíricos. En concreto, concluyen que los trastornos asociados al ASI con mayor frecuencia son TEPT, depresión, ansiedad, trastornos disociativos, trastornos alimentarios, autolesiones, quejas somáticas e ideación suicida (42,47). Las asociaciones más fuertes se detectan con trastornos de conversión, trastorno límite de personalidad, ansiedad y depresión, y estrés postraumático. También se identifica riesgo de desarrollar trastorno de déficit de atención e hiperactividad, ansiedad social y fobias específicas. Se evidencia que los síntomas disociativos son más intensos en abusos de inicio temprano, con duración prolongada, y perpetrados por los padres (46). El ASI también incrementa la impulsividad y las conductas de riesgo, favoreciendo los trastornos de conducta (42). Aun así, no se articulan entorno a un patrón de síntomas único dado que hay múltiples variables que modulan el desarrollo de síntomas.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo de revisión ha sido analizar las consecuencias psicopatológicas en la edad adulta de haber sido víctima de ASI, para facilitar a los profesionales españoles un resumen de los principales trabajos publicados en el ámbito nacional e internacional desde el año 2010. Aunque no se han seleccionado únicamente aquellos referidos a abusos en ámbito intrafamiliar, la mayoría de los trabajos estudian víctimas procedentes de ese contexto concreto, dado que se trata de una de las variables que más influyen en el desarrollo de psicopatología (20).

En cuanto a las limitaciones de la revisión, hay que señalar que se incluye un número reducido de estudios, lo que dificulta la generalización de resultados, y que los trabajos presentan diversidad metodológica. Además, investigan sobre muestras reducidas y con heterogeneidad sociocultural (pacientes en seguimiento, población general, estudiantes universitarios, adolescentes...), con desproporción en la presencia de ambos sexos y sin grupos control. Se detecta gran diversidad en el uso de instrumentación

psicométrica, sin que exista un consenso en la evaluación del ASI. Generalmente, se realizan evaluaciones transversales, impidiendo explorar el curso de la sintomatología, pudiendo incluir falsos positivos y con el riesgo de ignorar la coexistencia de diferentes tipos de maltrato al mismo tiempo (polivictimización). El carácter retrospectivo de los estudios impide que se consideren otras experiencias adversas que, como variables moduladoras, puedan mediar en la psicopatología. Cabe añadir que la presente revisión se ha centrado en aquellos estudios que tratan la presencia de trastornos mentales en general en la víctima ya adulta, no aquellas centradas en algún diagnóstico concreto. Así, si se buscan problemas específicos como el abuso de sustancias, los trastornos de conducta, los intentos de suicidio o los trastornos de ansiedad, se encuentran revisiones con un mayor número de trabajos (61-63).

En general, los estudios son heterogéneos y escasos, hecho razonable dado que tratan un fenómeno con visibilidad reducida. Las niñas tienen más riesgo de ser víctimas a nivel intrafamiliar, y a una edad más temprana (15). Las prevalencias en estudios nacionales e internacionales suelen ser coincidentes (6,16,20). Sin embargo, las frecuencias varían en función del tipo de muestra, los instrumentos de evaluación, y la operativización de la definición del concepto situándose, generalmente, entre un 10 y un 20% de la población general (64). Se considera que la problemática puede estar subestimada dado que en las estadísticas oficiales sólo se reflejan aquellos casos notificados, existiendo una cantidad significativa de abusos que no se denuncian. El hecho de que se detecte la psicopatología en la edad adulta puede deberse, entre otras causas, a que únicamente una minoría revela el ASI antes de los 18 años (34).

Aunque hay diferentes variables mediadoras que evitan una relación causal directa (20,47,55,56), y no existe un patrón típico de sintomatología post-abuso, el ASI actúa como un factor de riesgo grave para el desarrollo de psicopatología en el adulto (24). Así, el impacto del abuso es mayor en aquellas víctimas que son agredidas por familiares o personas cercanas, vinculando la tipología del ASI con la gravedad de la psicopatología (37). El abuso propiciado por la figura paterna es más traumático que el efectuado por otros

familiares, implica un mayor sentimiento de traición y pérdida de confianza, junto con mayor conflictividad familiar y menor apoyo emocional. En ese sentido, se ha descrito que preservar la cercanía con figuras de apego en la edad adulta modula las consecuencias psicopatológicas del abuso (57). También sufren efectos más intensos y crónicos aquellos que sufren abuso en edades más tempranas y durante un tiempo más prolongado (39). Además, se ha descrito un elevado riesgo de revictimización durante la etapa adulta, independientemente de la psicopatología o el abuso de sustancias, especialmente en varones (58).

Se han detectado antecedentes de abuso sexual infantil en casi la mitad de una muestra de enfermos con trastorno mental grave. Los supervivientes presentan psicopatología más grave y peor funcionamiento, por lo que detectar el abuso es fundamental para elaborar un plan terapéutico exitoso (60). Por otro lado, se ha descrito que aquellas víctimas que se autodefinen como supervivientes de abuso, con percepciones de violencia concordantes con la experiencia real, tienen mayores niveles de psicopatología y conductas de riesgo. En cambio, aquellas víctimas con percepciones discordantes con los hechos asocian mayor déficit en su funcionalidad. Ello implica que es necesario aproximarse al significado que las víctimas atribuyen a su experiencia, para realizar intervenciones clínicas individualizadas (61).

La pandemia por SARS-CoV-2 ha producido dificultades ambientales y emocionales, empeorando la dinámica familiar y reduciendo las denuncias de abuso infantil (59). Por ello, es imprescindible que en el contexto actual se esté especialmente pendiente de cualquier indicador que haga sospechar la existencia de ASI intrafamiliar. La formación de los profesionales sanitarios que trabajan en recursos especializados mejora la eficacia de las intervenciones y la percepción de las víctimas (60).

CONCLUSIONES

Las secuelas de las víctimas de abuso sexual son significativas y perduran a lo largo del tiempo, llegando a afectar a la edad adulta. Sin embargo, la psicopatología se presenta de forma heterogénea y dispar, como producto de la individualidad concreta de

26

la víctima, dificultando la constitución de un 'síndrome post-abuso'. Por ello, es complejo elaborar protocolos de intervención que puedan generalizarse a la mayoría de las víctimas.

Los estudios analizados evidencian que las víctimas presentan trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias y trastorno por estrés postraumático. También son prevalentes el abuso de sustancias, la ideación autolítica, las tentativas suicidas, los comportamientos sexuales de riesgo y la revictimización. En menor medida pueden aparecer trastornos psicóticos, de personalidad y disociativos. El ASI intrafamiliar es más traumático por la pérdida de confianza que supone, y por la alteración en el apego, aunque hay pocas investigaciones que trabajen con muestras absolutas de víctimas de incesto y que, además, sean representativas.

La variabilidad en los resultados se explica por la heterogeneidad en las muestras estudiadas y en el diseño de las investigaciones, y por la dificultad para trazar una relación directa entre ASI y psicopatología: existen múltiples factores mediadores o moduladores que pueden interferir en dicha relación, repercutiendo en las consecuencias clínicas de las víctimas.

Aunque en los últimos años se ha detectado un interés creciente en el tema, el fenómeno del ASI continúa siendo un reto en la actualidad. Resulta fundamental elaborar programas de prevención y detección precoz, y difundirlos entre los profesionales de la salud. Hay que aumentar las campañas de sensibilización para que el abuso deje de ser un tema tabú. Es necesario mejorar la formación de los trabajadores sanitarios para mejorar la atención integral hacia el menor victimizado. Finalmente, sería interesante resolver las dificultades metodológicas encontradas, mejorando los instrumentos de evaluación y los protocolos de actuación, y desarrollando estudios longitudinales y prospectivos que contribuyan a ampliar el conocimiento sobre las consecuencias del abuso sexual infantil.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores del trabajo declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2020 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
2. Lau AS, Leeb RT, English D, Graham JC, Briggs E.C., Brody K.E. et al. What's in a name? A comparison of methods for classifying predominant type of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2005;29(5): 533-51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.005>
3. Pedreira Massa J, Martín Alvarez L. Maltrato en la infancia. *Paidopsiquiatría.* 2014;21: 25-9. <https://docplayer.es/12492978-Maltrato-en-la-infancia.html>
4. Pereda Beltrán N. Short-term consequences of child sexual abuse. *Papeles del Psicólogo.* 2009;30(2):135-44. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1702.pdf>
5. National Center of Child Abuse and Neglect. Child sexual abuse: Incest, Assault, and Sexual exploitation. [Internet]. Washington DC; 1978 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/57111NCJRS.pdf>
6. Pereda N. El espectro del abuso sexual en la infancia: definición y tipología. *Rev Psicopatología y Salud Ment del niño y del Adolesc.* 2010;16: 69-78. <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Pereda-Noemi-16.pdf>
7. Fernández Fernández M del C. Abuso sexual infantil e incesto padre-hija en la provincia de Barcelona: Evaluación del modelo de las precondiciones de Finkelhor y exploración de la constelación familiar. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2016. Disponible en https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100721/1/MCFF_TESIS.pdf
8. Loeb TB, Gaines T, Wyatt GE, Zhang M, Liu H. Associations Between Child Sexual Abuse and Negative Sexual Experiences and Revictimization Among Women: Does Measuring Severity Matter? *Child Abuse Negl.* 2011;35(11): 946. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.06.003>

9. Amado BG, Arce R, Herraiz A.. Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*. 2015;24(1): 49-62. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002>
10. Real Academia Española. Incesto: definición [Internet]. *Diccionario de la lengua española*. 2021 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/incesto>
11. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5th ed. Editorial Médica Panamericana; 2014.
12. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Public Health*, 2013;58(3): 469-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
13. Secretaría de Estado de seguridad. Gabinete de coordinación y estudios. Informe sobre delitos contra la libertad e indemnidad sexual. 2017. Disponible en <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2017/Informe-delitos-contra-la-libertad-e-indemnidad-sexual-2017.pdf>
14. Pereda N, Díaz-Faes DA. Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: a review of current perspectives and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Heal*. 2020;14(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1>
15. Echeburúa E, de Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*. 2006;12: 75-82. <https://scielo.isciii.es/pdf/cmfn43-44/06.pdf>
16. Gil Arrones J, de Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. *Congr Actual Pediatría*. 2019;267-75. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags_267-276_abuso_sexual_infantil.pdf
17. Marco Francia MP. El abuso sexual intrafamiliar. El agresor sexual como pariente o familiar de la víctima. El incesto. *Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud*. 2018;129-41. <http://www.calatayud.uned.es/web/actividades/revista-anales/24/2-5-Marco.pdf>
18. Echeburúa Odriozola E, Guerricaechevarría C. *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Editorial Ariel; 2009. 191 p.
19. Seto MC., Babchishin KM., Pullman LE., McPhail IV. (2015). The puzzle of intrafamilial child sexual abuse: A meta-analysis comparing intrafamilial and extrafamilial offenders with child victims. *Clinical Psychology Review*. 2015;39: 42-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.001>
20. Loinaz I, Bigas N, de Sousa AM. Comparing intra and extra-familial child sexual abuse in a forensic context. *Psicothema*. 2019;31(3): 271-6. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.351>
21. Rodríguez López Y, Aguiar Gigato BA, Garcia Alvarez I. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Eureka*. 2012; 9(1): 58-68. Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v9n1/a07.pdf>
22. Almendro Marín MT, Eimil Ortiz B, García Baró R, Sánchez HP. Abuso sexual en la infancia: consecuencias psicopatológicas a largo plazo. *Rev Psicopatología y Salud Ment del niño y del Adolesc*. 2013;22: 51-63. Disponible en <https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Almendro-Maria-22.pdf>
23. Danese A, Widom CS. Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. *Nat Hum Behav*. 2020;4(8): 811-8. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0880-3>
24. Cantón-Cortés D, Cortés MR. Consecuencias del abuso sexual infantil: Una revisión de las variables intervinientes. *An Psicol*. 2015;31(2): 552-61. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
25. Murillo JA, Mendiburo-Seguel A, Pía Santelices M, Araya P, Narváez S, Piraino C, et al. Childhood sexual abuse and its impact on adult well-being. *Psicoperspectivas*. 2021;20(1). <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue1-fulltext-2043>
26. Villanueva Sarmiento I. El abuso sexual infantil: perfil del abusador, la familia, el niño víctima y consecuencias psíquicas del abuso. *Psicogente*. 2013;16(30): 451-70. Dis <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552364016.pdf>
27. Yüce M, Karabekiroğlu K, Yildirim Z, Şahın S, Sapmaz D, Babadağı Z, et al. The psychiatric

- consequences of child and adolescent sexual abuse. *Arch Neuropsychiatry*. 2015 Dec 1;52(4): 393-9.
<https://doi.org/10.5152/npa.2015.7472>
28. Tamarit Sumalla JM, Abad Gil J, Hernández-Hidalgo P. Las víctimas de abuso sexual infantil ante el sistema de justicia penal: estudio sobre sus actitudes, necesidades y experiencia. *J Vict*. 2015;(2): 27-54.
<https://doi.org/10.12827-RVJV-2-02>
 29. Bak-Klimek A, Karatzias T, Elliott L, Campbell J, Pugh R, Laybourn P. Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: results from a clinical sample in Scotland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6): 550-7.
<https://doi.org/10.1111/jpm.12127>
 30. Steine IM, Winje D, Skogen JC, Krystal JH, Milde AM, Bjorvatn B, et al. Posttraumatic symptom profiles among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2017 May 1;67: 280-93.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.002>
 31. McElroy E, Shevlin M, Elklit A, Hyland P, Murphy S, Murphy J. Prevalence and predictors of Axis I disorders in a large sample of treatment-seeking victims of sexual abuse and incest. *Eur J Psychotraumatol*. 2016 Apr 8;7(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30686>
 32. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018 Dec 1;86: 167-77.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.019>
 33. Lestrade KN, Talbot NL, Ward EA, Cort NA. High-risk sexual behaviors among depressed Black women with histories of intrafamilial and extrafamilial childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2013 Jun;37(6): 400-3.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.01.007>
 34. Gal G, Levav I, Gross R. Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence: Results from the Israel-Based World Mental Health Survey. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Apr;199(4): 222-9.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c7543>
 35. Steine IM, Skogen JC, Krystal JH, Winje D, Milde A.M, Grønli J, et al. Insomnia symptom trajectories among adult survivors of childhood sexual abuse: A longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2019 Jul 1;93: 263-76.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.009>
 36. O'Keefe SL, Beard KW, Swindell S, Stroebel SS, Griffiee K, Young DH. Sister-brother Incest: Data from Anonymous Computer Assisted Self Interviews. *Sex Addict Compulsivity*. 2014 Jan;21(1): 1-38.
<https://doi.org/10.1080/10720162.2013.877410>
 37. Pérez-Fuentes G, Olfson M, Villegas L, Morcillo C, Wang S, Blanco C. Prevalence and Correlates of Child Sexual Abuse: A National Study. *Compr Psychiatry*. 2013 Jan;54(1): 16.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.010>
 38. Sciolla A, Glover DA, Loeb TB, Zhang M, Myers HF, Wyatt GE. Childhood sexual abuse severity and disclosure as predictors of depression among adult African American and Latina women. *J Nerv Ment Dis*. 2011 Jul;199(7): 471-7.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31822142ac>
 39. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. *Gac Sanit*. 2011 Mar;25(2): 157-65.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200013
 40. Jonas S, Bebbington P, McManus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, et al. Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med*. 2011 Apr;41(4): 709-19.
<https://doi.org/10.1017/S003329171000111X>
 41. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, King M, Cooper C, Brugha T, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 2011 Jul;199(1): 29-37.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083642>
 42. O'Brien BS, Sher L. Child sexual abuse and the pathophysiology of suicide in adolescents and adults. *Int J Adolesc Med Health*. 2013 Sep 1;25(3): 201-5.
<https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0053>
 43. Fergusson D.M., McLeod G.F., John Horwood L. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37: 664-74.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
 44. Morrill M. Sibling Sexual Abuse: An Exploratory Study of Long-term Consequences for Self-esteem and Counseling Considerations. *J Fam Violence*. 2014 Feb;29(2): 205-13.
<https://doi.org/10.1007/s10896-013-9571-4>

45. Beard KW, Griffee K, Newsome JE, Harper-Dorton KV, O'Keefe SL, Linz TD, et al. Father-Daughter Incest: Effects, Risk-Factors, and a Proposal for a New Parent-Based Approach to Prevention. *Sex Addict Compulsivity*. 2017 Apr 3;24(1-2): 79-107.
<https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1633809>
46. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychol Med*. 2018 Nov 1;48(15): 1-10.
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
47. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019 Oct 1;6(10): 830-9. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
48. Noll JG. (2021). Child Sexual Abuse as a Unique Risk Factor for the Development of Psychopathology: The Compounded Convergence of Mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2021;17: 439-64.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>
49. Li N, Ahmed S, Zabin LS. Association Between Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychological Outcomes Among Youth in Taipei. *J Adolesc Heal*. 2012 Mar 1;50(3): S45-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.003>
50. Bedi S, Nelson EC, Lynskey MT, McCutcheon V, Heath AC, Madden PAF, et al. Risk for Suicidal Thoughts and Behavior after Childhood Sexual Abuse in Women and Men. *Suicide Life Threat Behav*. 2011 Aug;41(4): 406.
<https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00040.x>
51. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Padilla RJ. Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(2): 131-40.
<https://www.actapsiquiatria.es/repositorio/13/70/ENG/13-70-ENG-131-139-398093.pdf>
52. Tsur N, Katz C. "And Then Cinderella Was Lying in My Bed": Dissociation Displays in Forensic Interviews With Children Following Intrafamilial Child Sexual Abuse. *J Interpers Violence*. 2022;37(17-18).
<https://doi.org/10.1177/08862605211016347>
53. Katz C, Tsur N, Nicolet R, Klebanov B, Carmel N. No way to run or hide: Children's perceptions of their responses during intrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl*. 2020 Aug 1;106: 104541.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104541>
54. Alameda L, Ferrari C, Baumann PS, Gholam-Rezaee M, Do KQ, Conus P. Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients. *Psychol Med*. 2015 Oct 11;45(13): 2727-36.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715000690>
55. Albiñana Durà J, Carbonell Vayà E. Abús sexual infantil: conseqüències psicològiques a llarg termini i factors de risc i protectors. *Anu Psicol la Soc Valencia Psicol*. 2015 Oct 16;15(2): 33-54.
<https://doi.org/10.7203/anuari.psicologia.15.2.33>
56. Ramírez Herrera C, Fernández Parra A. Abuso sexual infantil: una revisión con base en pruebas empíricas. *Behav Psychol*. 2011;19: 7-39. Disponible en https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/02.Ram%C3%ADrez_19-10a.pdf
57. Dimitrova N, Pierrehumbert B, Glatz N, Torrisi R, Heinrichs M, Halfon O, et al. Closeness in relationships as a mediator between sexual abuse in childhood or adolescence and psychopathological outcome in adulthood. *Clin Psychol Psychother*. 2010 May 1;17(3): 183-95.
<https://doi.org/10.1002/cpp.650>
58. Werner KB, McCutcheon VV, Challa M, Agrawal A, Lynskey MT, Conroy E, et al. The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples. *Psychol Med*. 2016 Feb 1;46(3): 563.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002056>
59. Tener D, Marmor A, Katz C, Newman A, Silovsky JF, Shields J, et al. How does COVID-19 impact intrafamilial child sexual abuse? Comparison analysis of reports by practitioners in Israel and the US. *Child Abuse Negl*. 2021 Jun 1;116(2).
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104779>
60. Hartman A. Lasting Psychological Effects On Survivors Of Intrafamilial Child Sexual Abuse And The Available Resources And Interventions [Internet]. Salem State University; 2021 [citado 27 septiembre 2021]. Disponible en: https://digitalcommons.salemstate.edu/honors_theses
61. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders. *J Addict Dis*. 2011;30(3): 216-28.
<https://doi.org/10.1080/10550887.2011.581987>

62. Maniglio R. Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: a systematic review of reviews. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2): 96-112. <https://doi.org/10.1177/1524838012470032>
63. Maniglio R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2014;17(3): 268-82. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0161-z>
64. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia, T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Public Health*. 2013;58(3): 469-83. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
65. Hailes HP., Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 830-39. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)

Alicia Díaz de la Peña ¹ * 
Elena Martín-Gil ¹ 
Luis Caminal-Montero ² 

1. CSM infanto-juvenil. Área de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.
2. UGC Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Alicia Díaz de la Peña
Correo: alicia.diazd@sespa.es

*Fenómeno de Raynaud en un adolescente
probablemente inducido por lisdexanfetamina*

*Raynaud's phenomenon in an adolescent
probably induced by lisdexamfetamine*

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón de 13 años con historia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad que presentó un fenómeno de Raynaud durante el tratamiento con lisdexanfetamina. Los clínicos deben conocer estos raros efectos secundarios vasculares con derivados anfetamínicos y orientar su manejo.

Palabras clave: Trastorno por déficit de atención, fenómeno de Raynaud, Lisdexanfetamina, Adolescente.

ABSTRACT

We report the case of a 13-year-old male who presented with a history of attention-deficit hyperactivity disorder and Raynaud phenomena after treatment with lisdexamfetamine. Clinicians should be aware of the potential vascular side effects of stimulant medications, and how to handle them.

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, Raynaud's phenomenon, Lisdexamfetamine, Adolescent.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se caracteriza por hiperactividad e impulsividad, por falta de atención o por una combinación de hiperactividad, impulsividad y falta de atención que no es acorde con el nivel de desarrollo y afecta al funcionamiento diario.

El TDAH es un motivo frecuente de consulta en salud mental infantil y, aunque suele diagnosticarse en la infancia, hasta en el 70% de los casos los síntomas persisten en la edad adulta (1).

El tratamiento para las personas con TDAH puede ser farmacológico, no farmacológico o combinado. El tratamiento farmacológico incluye tanto estimulantes (anfetaminas y metilfenidato) como no estimulantes (atomoxetina y guanfacina de liberación sostenida). Con el uso de estos psicofármacos, y más en población infantil, siempre existe precaución sobre posibles efectos secundarios. Entre ellos, el metilfenidato se considera el que presenta menor riesgo de desarrollar toxicidades (1, 2).

Es conocido que con el uso de los derivados amfetamínicos existe un riesgo bajo de desarrollar efectos secundarios cardiovasculares, especialmente arritmias, hipertensión arterial o síncope (1). Otros efectos, como el fenómeno de Raynaud (FR), también pueden aparecer de forma excepcional (3). El FR inducido por estos fármacos puede pasar desapercibido debido a su desconocimiento y/o ser atribuido a enfermedades reumáticas o incluso infecciones como el COVID-19 (4, 5).

Creemos de interés presentar un nuevo caso de FR inducido por lisdexanfetamina, en este caso dosis dependiente, dado que su conocimiento puede evitar consultas médicas, y una correcta planificación del tratamiento farmacológico del TDAH.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón diagnosticado de TDAH según los criterios de DSM-5 a los 7 años de edad, por lo que recibió inicialmente tratamiento con terapia cognitivo-conductual. Dos años más tarde, consultó en la práctica privada, donde se le prescribió tratamiento con 30 mg/día de lisdexanfetamina. Fue remitido

por su pediatra para seguimiento al Centro de Salud Mental Infantil.

Tras el inicio del tratamiento farmacológico la familia observó mejoría clínica, con buena tolerancia. Al cabo de 10 meses de tratamiento y de forma progresiva, empeoró su rendimiento escolar, por lo que se incrementó la lisdexanfetamina a 50 mg/día, dosis solo suspendida temporalmente durante los periodos no escolares.

En marzo de 2021, con 13 años, la madre refirió la aparición con el frío de palidez de los dedos de las manos, seguida de cianosis y finalmente enrojecimiento. Ante la persistencia del FR y la sospecha de poder estar relacionado con la lisdexanfetamina se suspendió el fármaco en marzo de 2022. Con ello se observó la desaparición del FR que no ha recurrido en el seguimiento al cabo de 6 meses. El paciente fue evaluado en Pediatría y en Medicina Interna con un examen clínico normal y específicamente con negatividad para los anticuerpos antinucleares (ANAs) y sin relación con una infección por SARS-Cov-2 (COVID-19). El paciente no fumaba ni consumía tóxicos y no se consideró necesario realizar una capilaroscopia. De acuerdo con la familia no se introdujeron nuevos tratamientos para el TDAH.

DISCUSIÓN

El dimesilato de lisdexanfetamina o lisdexanfetamina (Elvanse®) es un profármaco de la dexanfetamina, con acción prolongada lo que permite su administración en una única dosis diaria; esto favorece la adherencia y disminuye el riesgo de abuso en comparación con preparados de acción corta (6).

Aunque en EEUU se utiliza desde 2007, en España está comercializado desde 2014 con indicación en su ficha técnica en niños mayores de 6 años como alternativa a otros tratamientos cuando la respuesta a estos es inadecuada, siempre bajo la supervisión de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes (7).

Si bien la eficacia de los tratamientos frente al TDAH está bien contrastada, puede existir preocupación sobre sus posibles efectos secundarios, especialmente a largo plazo. Por ello, es importante conocerlos e informar adecuadamente sobre ellos. Los más frecuentes son la

pérdida de apetito, hipertensión arterial, insomnio, tics y síntomas psicóticos (2). Otros problemas, como el FR, solo se observa de forma excepcional (8).

El FR consiste en la aparición en los dedos de las manos o pies, habitualmente con la exposición al frío, de palidez seguida de cianosis y a continuación, enrojecimiento y parestesias por vasoespasmo. El diagnóstico del FR es clínico, y solo se necesita preguntar al paciente si los dedos se le ponen blancos o azules con el frío. Aunque esto llama la atención de los individuos que lo experimentan, es habitual que no le den mayor importancia al no interferir con su actividad diaria y pueda pasar tiempo hasta que lo consulten. En ocasiones, los médicos pueden tener dudas sobre si lo que refiere el paciente es o no un FR y entonces corresponde realizar un diagnóstico diferencial con otros acro-síndromes vasomotores. Cuando no tiene causa conocida el FR se denomina primario, mientras que, si se identifica un responsable como una enfermedad reumática o como efecto secundario de un fármaco, se denomina FR secundario (4, 8).

El FR inducido por fármacos se ha asociado con el uso de diferentes medicamentos, especialmente con quimioterapia, ergotamínicos o beta-bloqueantes. Es un acontecimiento adverso poco frecuente pero probablemente subestimado. Entre los fármacos que pueden inducir FR está el metilfenidato, efecto que es dosis-dependiente. Existen estudios de pacientes con FR secundario a metilfenidato y dextroanfetamina (9) y que establecen la relación del derivado anfetamínico con el FR.

En la ficha técnica de la lisdexanfetamina (Elvanse®) se recoge el FR como efecto secundario poco frecuente, hasta 1 caso de cada 100 personas tratadas. Llamativamente, en la revisión de la literatura inglesa realizada por Umair et al en 2021, solo se recogen 2 casos entre los 70 inducidos por estimulantes del SNC como tratamiento del TDAH (10). En España, de 48 notificaciones de efectos adversos con lisdexanfetamina dentro de la base de datos nacionales de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (FEDRA), hasta 2018 sólo se habían comunicado 3 casos de FR atribuidos a ella, incluidos como “vasoconstricción, necrosis e insuficiencia vascular periférica” (11).

En el trabajo de Umair (10) se sugiere que en la mayoría de enfermos el FR desaparece tras la retirada del

fármaco y plantean que la reducción de la dosis puede ser una alternativa al cambio de fármaco. En su revisión apuntan que cuando aparece el FR inducido por el fármaco suele hacerlo antes de los 2 años de tratamiento, periodo durante el que habría que estar alerta. Tampoco hay recomendaciones específicas para el estudio del FR o fenómenos similares como la acrocianosis o perniosis. Proponen una valoración similar al estudio de un FR sin causa aparente, valorando la realización de una capilaroscopia. Finalmente, señalan que se ha postulado una posible asociación autoinmune, con casos de autoanticuerpos y esclerosis sistémica potencialmente atribuidos al tratamiento. Por ello, sugieren la necesidad de profundizar su estudio para comprender la asociación entre los tratamientos con fármacos estimulantes del SNC del TDAH y las manifestaciones vasculares periféricas.

CONCLUSIONES

Aunque la lisdexanfetamina es un fármaco con más de 15 años de comercialización en EEUU, todavía se recomienda monitorizar la seguridad a largo plazo en la práctica diaria real. Creemos el FR no es una complicación grave, pero puede ser más frecuente si se interroga específicamente al paciente o familia y su presencia puede interferir con el manejo clínico. En estos pacientes tratados con lisdexanfetamina que desarrollan FR se podrían valorar dosis más bajas del fármaco, pero en cualquier caso se debería realizar un seguimiento ante la posibilidad de la aparición de una enfermedad autoinmune.

CONTRIBUCIONES

Alicia Díaz de la Peña y Elena Martín Gil, intervención clínica y revisión de la literatura. Luis Caminal Montero, estudio general, revisión de la literatura y elaboración del borrador del manuscrito.

FINANCIACIÓN

El trabajo ha sido realizado sin financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la familia el consentimiento para comunicar el caso.

REFERENCIAS

1. Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit–Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med*. 2020 Sep 10;383(11): 1050-6.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1917069>.
2. Alda Díez JA. Los retos del TDAH. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2022;39(1): 1-2.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a1>
3. Ordovás M, Rodríguez Jiménez E, Burgos R, Roldán R. Vasculopatía periférica asociada al tratamiento con metilfenidato en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2014;31(4): 36-42.
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/134>
4. Khouri C, Blaise S, Carpentier P, Villier C, Cracowski J-L, Roustit M. Drug-induced Raynaud's phenomenon: beyond β -adrenoceptor blockers: Drug-induced Raynaud's phenomenon. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82: 6-16.
<https://doi.org/10.1111/bcp.12912>
5. Laboe C, Batchelder E, Vasireddy D. Persistent Raynaud's Phenomenon Following Methylphenidate Hydrochloride Use During the COVID-19 Pandemic. *Cureus*. 2021;13.
<https://doi.org/10.7759/cureus.17647>
6. Frampton JE. Lisdexamfetamine: A Review in ADHD in Adults. *CNS Drugs*. 2016;30:343-54.
<https://doi.org/10.1007/s40263-016-0327-6>
7. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/77642/Prospecto_77642.html. Acceso 15 de septiembre de 2022.
8. Goldman W, Seltzer R, Reuman P. Association between treatment with central nervous system stimulants and Raynaud's syndrome in children: A retrospective case-control study of rheumatology patients. *Arthritis & Rheumatism*. 2008;58: 563-6.
<https://doi.org/10.1002/art.23301>
9. Gnanavel S. Lisdexamfetamine and Secondary Raynaud's Phenomenon. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018;20: 27425.
<https://doi.org/10.4088/PCC.17102240>.
10. Umair HM, Sandler RD, Alunno A, Matucci-Cerinic M, Hughes M. Association between central nervous system stimulants used to treat attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and Raynaud's phenomenon: A scoping review. *Semin Arthritis Rheum*. 2021;51: 200-4.
<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.09.002>
11. Reacciones Adversas a Medicamentos. Lisdexanfetamina (Elvanse). Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.2018.
<https://seguridadmedicamento.sanidadmadrid.org/RAM/vol-25/2-2-Vol25n1abr2018.pdf>

C. Téllez-Villagra 

1 Clínica de Especialidades de Neuropsiquiatría ISSSTE, Ciudad de México, México.

2 Departamento de Fisiología Facultad de Medicina UNAM, Ciudad de México, México.

Correo: carolinatellezvillagra@gmail.com

El tratamiento con Play Attention normaliza significativamente el QEEG, la inatención en situación de prueba y conductual en un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

The treatment with Play Attention significantly normalized the QEEG, inattention in test situations, and behavior in a boy with attention deficit and hyperactivity disorder

RESUMEN

Introducción: El humano atiende a estímulos externos, internos, pensamientos, emociones y realización o inhibición del movimiento activando redes neuronales, cuya disfunción se manifiesta en varios dominios: electrofisiológico en QEEG, situación de prueba (visual, auditiva, semántica) y en la conducta natural. En trastornos del neurodesarrollo de etiología multifactorial, como el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con síntomas cardinales de inatención, hiperactividad e impulsividad, la valoración en los tres dominios permite otorgar el tratamiento idóneo. **Objetivo:** ilustrar en un niño con TDAH la remisión de los síntomas de inatención, en tres dominios, posterior al uso de Play Attention y terapia cognitivo conductual. **Caso:** Niño de padres separados, 7,58 años, en 2° de primaria, cociente intelectual: 110, con TDAH de predominio hiperactivo/impulsivo, trastorno de conducta por agredir a iguales y autoridades, padece asma, agresión escolar de iguales y castigos físicos en casa como medida disciplinaria; con pensamientos distorsionados de fracaso, injusticia y ser perdedor. **Resultados:** QEEG con PA incrementada en las bandas delta y theta y frecuencia de 5 Hz en todas las derivaciones menos en occipital; la disminución de beta 3, beta alta y frecuencia 21 Hz en Fronto-témporo-occipital izquierdo; incremento de índices RT/B y en menor medida RT/A, alerta y reactividad; la atención-visual-a-la-inhibición-de-movimiento; la autorregulación-de-atención-semántica;

ABSTRACT

Introduction: The human being attends to external and internal stimuli, thoughts, emotions, and performance or inhibition of movement by activating neural networks, the dysfunction of which is manifested in several domains: electrophysiological, QEEG, test situation (visual, auditory, semantic), and natural behavior. In neurodevelopmental disorders of multifactorial etiology, such as Attention-Deficit-Hyperactivity (ADHD), with cardinal symptoms of inattention, hyperactivity, and impulsivity, the assessment of the three domains allows the provision of appropriate treatment. **Objective:** to illustrate in a child with ADHD the remission of inattention symptoms, in three domains, after the use of Play Attention and cognitive behavioral therapy. **Case:** 7.58 year old child of separated parents, in 2nd grade of primary school, intelligent quotient: 110, with predominantly hyperactive-impulsive ADHD, behavior disorder due to peers and authorities assault, who suffers from asthma, school aggression by peers and physical punishment at home as a disciplinary measure; with distorted thoughts of “failure, injustice and being a loser.” **Results:** QEEG with increased PA in the delta and theta bands and a frequency of 5 Hz in all areas except the occipital; the decrease of beta 3, high beta and frequency of 21 Hz in left Fronto-temporal-occipital; increased RT/B and to a lesser extent RT/A, alertness, and reactivity index; visual-attention-to-movement-inhibition; self-

36

la agresión y los pensamientos distorsionados se normalizaron significativamente posterior a 40 sesiones de 50 minutos cada 15 días por 20 meses de Play Attention y terapia cognitivo conductual. La hiperactividad como inatención-a-la-inhibición-del-movimiento, pudo distinguirse de la conducta motora que estuvo dentro de límites normales. El tratamiento con Play Attention y terapia cognitivo conductual mostraron remisión de síntomas de TDAH en el QEEG, en situación de prueba y en la conducta natural.

Palabras clave: Play-Attention, TDAH hiperactivo-impulsivo, atención al movimiento, QEEG, RT/B.

regulation-of-semantic-attention; aggression and distorted thoughts were significantly normalized after 40 sessions of 50 minutes every 15 days for 20 months of Play Attention and cognitive behavioral therapy. Hyperactivity as inattention to movement inhibition could be distinguished from motor behavior that was within normal limits. The treatment with Play Attention and cognitive behavioral therapy showed remission of ADHD symptoms in the QEEG, in test situations, and in natural behavior.

Keywords: Play-Attention, hyperactive/impulsive ADHD, attention to movement, QEEG, RT/B.

INTRODUCCIÓN

El trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo de etiología multifactorial (1) con síntomas cardinales de inatención, hiperactividad e impulsividad (DSM-5) (2). Los niños que lo padecen tienen conductas desadaptativas que no corresponden a la edad, ni al nivel de inteligencia, ni a pautas del entorno social, por lo que son vistos como problemas de comportamiento, alteraciones emocionales, dificultad en el aprendizaje escolar, mala relación familiar, problemas de socialización y relación con autoridad entre otros, que los lleva a tener baja autoestima. Se ha convertido en un problema de salud pública debido a la alta prevalencia que varía de 2.5% hasta 10%, según el país de que se trate (3) y en México del 9% al 23% según el estado considerado (4). El 45% de la población pediátrica que acude a la Clínica de Especialidades de Neuropsiquiatría del ISSSTE, Ciudad de México, padece ese trastorno y en la “Clínica de TDAH” ingresan 12 niños por una niña; aquí el diagnóstico de TDAH se emite posterior a la valoración de la atención en tres dominios: electrofisiológico en QEEG; en situación de prueba (visual, auditiva) y conductualmente como se detalló (5). A este niño también se le valoró la atención en situación de prueba ante estímulo semántico visual y auditivo, con la prueba AULA de realidad virtual (6).

Con base en el modelo de Posner (7), modificado, la atención se conceptualiza en este artículo como un sistema integrado por un conjunto de procesos, organizados en 4 subsistemas: aferente identificado como posterior (7) o noradrenérgico (8); central inferior que incluye vigilancia o alerta tónica y alerta fásica reconocidos como procesos fundamentales de la atención, con norepinefrina como neurotransmisor, disfuncionales en los niños con TDAH (9); central superior, o colinérgico (10) que regula la atención en duración, calidad, sostenimiento y flexibilidad, medidos como variabilidad, tiempo de respuesta y atención sostenida (10); y un sistema eferente, considerado como anterior (7), o dopaminérgico (8), que regula la atención a la realización e inhibición del movimiento (5). Así los síntomas cardinales del TDAH constituyen una falla en la atención hacia los estímulos externos o internos como objetos, pensamientos y emociones; así como a la falla en atención a la emisión o inhibición del movimiento que provoca impulsividad o hiperactividad respectivamente (5). Cada uno de los subsistemas tiene redes neuronales subyacentes, específicas e independientes (11), con neuromoduladores propios (8), pero todas ellas, necesarias para el funcionamiento adecuado de la atención como sistema (5). La alteración de alguna de las redes o de todas, en los niños con TDAH, se manifiesta en el QEEG (5), en situación de prueba (5) y en la conducta natural

(5). Por tanto, es indispensable para el diagnóstico identificar qué redes y cuántos procesos de atención están alterados en los tres dominios. Esta concepción ha permitido, en la “Clínica de TDAH” identificar 5 diferentes presentaciones del TDAH combinado generando diferentes alternativas de tratamiento.

Objetivo: ilustrar en un niño con TDAH la remisión de los síntomas de inatención, en tres dominios, posterior al uso de Play Attention y terapia cognitivo conductual.

Método: La intervención consistió en la valoración de la atención en tres dominios (antes y después de la terapia) y la terapia fue de 40 sesiones de 50 minutos cada 15 días durante 20 meses, con el sistema Play Attention (6) y terapia cognitivo conductual.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Identificación del paciente: Se trata de un escolar masculino de 7,58 años que cursa 2º de primaria, vive con su hermano, 2 años mayor que él y con la madre los días de escuela y en casa del padre los fines de semana y algunos días festivos. Es de complejión mediana pero fuerte, de edad aparente igual a la cronológica, con buen aseo y vestimenta. Durante la valoración coopera y obedece las indicaciones. **Motivo de consulta.** Acude a la “Clínica de TDAH” para valoración y tratamiento, con diagnóstico de TDAH por el neuropediatra y la paidopsiquiatra, con EEG clínico sin paroxismos, ni grafoelementos compatibles con epilepsia. Sin tomar medicamento y sin otro padecimiento neurológico o psiquiátrico. Se explica a los padres y al menor los procedimientos de evaluación y terapia. Firman la carta de consentimiento informado. **Entrevista con los padres y el menor:** Los padres reportan que el niño es inquieto, se siente aburrido en actividades lúdicas, se enoja cuando pierde, hace rabietas, tira cosas, no comparte objetos, ni juguetes con el hermano, pero canta y es feliz. En la escuela golpea a los niños y les rompe los cuadernos o libros cuando lo molestan. Reta a la maestra y le dice “no lo voy a hacer”, cuando algo le ha salido mal y debe corregirlo o repetirlo. Sus calificaciones, sin embargo, son de 8 a 10. La madre piensa que inició en 1º de primaria cuando se separan los padres y entró a escuela pública con 40 niños groseros y no 14 como en la particular.

El padre opina que la madre es muy exigente con el niño. El niño dice que en la escuela a veces se tiraba en el suelo porque no dormía bien, y en otras ocasiones “mis compañeros me molestaban y me dijeron puto. En la casa mis papás consienten a mi hermano, es el favorito, mi papá me pega cuando golpeo a mi hermano y mi mamá siempre dice: ya, ya, no peleen y no le hace nada”. Y añade “soy enojón pero no sé qué me pasa”. **Antecedentes:** Sin problema prenatal, nace por cesárea por doble cordón, Apgar 8/9; el desarrollo cursa normal con retardo en control de esfínter anal, que ocurre a los cuatro años y la pronunciación de la r fuerte que ocurre a los 6 años. No tiene agnosias, ni agrafias. Es diestro. Tiene asma controlada con medicamento e inhalador en caso de crisis. Aprendió a andar en bicicleta y patines. Actualmente vive con bajas actividades sociales y recreativas. **Qué se ha hecho y resultados obtenidos:** Fue atendido por un psicólogo particular quien lo diagnosticó como TDAH y alteración en el lóbulo frontal. Asistió a la Clínica de la Conducta en una ocasión. Sin ninguna mejoría. **Técnicas empleadas en la valoración (5): Obtención de Antecedentes e Historia personal y social y datos neuropsicológicos:** Uso cualitativo de BASC en sus cuatro formas: historia clínica semiestructurada, BASC opinión de los padres, BASC opinión del docente, BASC opinión del menor, LURIA Nebraska. La Figura humana, HTP y La Familia y emociones. **Obtención de Inteligencia:** WISC-IV. **Valoración de la atención en el dominio electrofisiológico:** Electroencefalograma despierto con ojos abiertos y cerrados alternando por 3 minutos cada uno (5) QEEG (Potencia absoluta de delta, theta, alfa, beta 1, 2, 3 y beta alta; potencia absoluta de frecuencias aisladas de 1 a 30 Hz (5); índices electrofisiológicos de atención (Theta/alfa), de TDAH (Theta/beta), de alerta (alfa ojos cerrados/alfa ojos abiertos y de reactividad (alfa ojos abiertos/ alfa ojos cerrados) (5). **Valoración de atención en situación de prueba:** TOVA-V, TOVA-A —descritas (5)—y AULA (6) prueba CPT virtual que simula un aula de clase con profesor que el niño ve con gafas especiales. Valora vigilancia, velocidad de procesamiento (tiempo de reacción), autorregulación (variabilidad de respuesta), impulsividad, atención a la inhibición del movimiento y conducta motora ante estímulos semánticos visuales y auditivos otorgando percentiles separados. Puntuación de 60 o menos es

dentro de límites normales. **Medición de la Atención en la conducta natural:** EDAH —padres y niño, descrita (5)—. **Intervención terapéutica.** Consistió en dar 40 sesiones quincenales de 50 minutos cada una, por un lapso de 20 meses, de retroalimentación con el “Sistema Play Attention” (6) que usa el mecanismo de “body wave” (casco o brazaletes) para registrar las señales cerebrales, mediante *bluetooth* se conecta al ordenador consiguiendo que los juegos se activen cuando el niño, en cada caso, aumenta la atención, se concentra, reduce las distracciones y los movimientos repetitivos. El control lo ejerce con la energía de la mente. Logra por condicionamiento clásico y operacional generar en el QEEG la corrección de los patrones de frecuencias fijas, de frecuencias aisladas y de los índices electroencefalográficos asociados a TDAH y así elimina los síntomas en los dominios señalados. Se eligieron 6 juegos (figura 1), que otorgan puntuación inmediata del logro alcanzado: a) Punto rojo, que el niño deberá mantener arriba de una línea; puntúa la duración y calidad de la atención, otorgándole puntaje separado. b) Se prenden rectángulos en distintas partes del tablero, el niño debe apretar cada rectángulo encendido; puntúa atención visuoespacial. c) Se prenden rectángulos de diferente color en determinada secuencia que el niño deberá repetir; puntúa atención secuencial y memoria inmediata. d) Aparecen meteoros rojos y blancos y el niño deberá apretar ante blancos e inhibir respuesta ante rojos; puntúa atención al movimiento. e) Aparece un submarino que el niño deberá acercar al cofre de tesoros para obtener una moneda de oro, evitando distractores; puntúa concentración y disminución de la distraibilidad. f) Un almacenista deberá llevar cajas hacia un camión, actividad que el niño deberá culminar en menos de 8 minutos; puntúa culminación de tarea en el menor tiempo posible. g) Sin información adicional el niño deberá identificar el patrón de presentación de los rectángulos para recibir acierto (sonido suave) y evitar castigo (sonido fuerte); puntúa control atencional y razonamiento, calificando aciertos menos errores. Este último juego sirvió además para controlar frustración y enojo. Como complemento se ejercitó la atención hacia las emociones y pensamientos que le ocurrieron durante la ejecución acertada y la equivocada. Se instruyó decir “alto” ante cualquier pensamiento

El tratamiento con Play Attention normaliza significativamente el QEEG, la inatención en situación de prueba y conductual en un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n1a5>

distorsionado y cambiarlo por “practicando mejor”, “a veces me equivoco”, “cometí un error”, “localicé la falla”, “entrenado lograré aciertos”; logrando no sentir coraje.



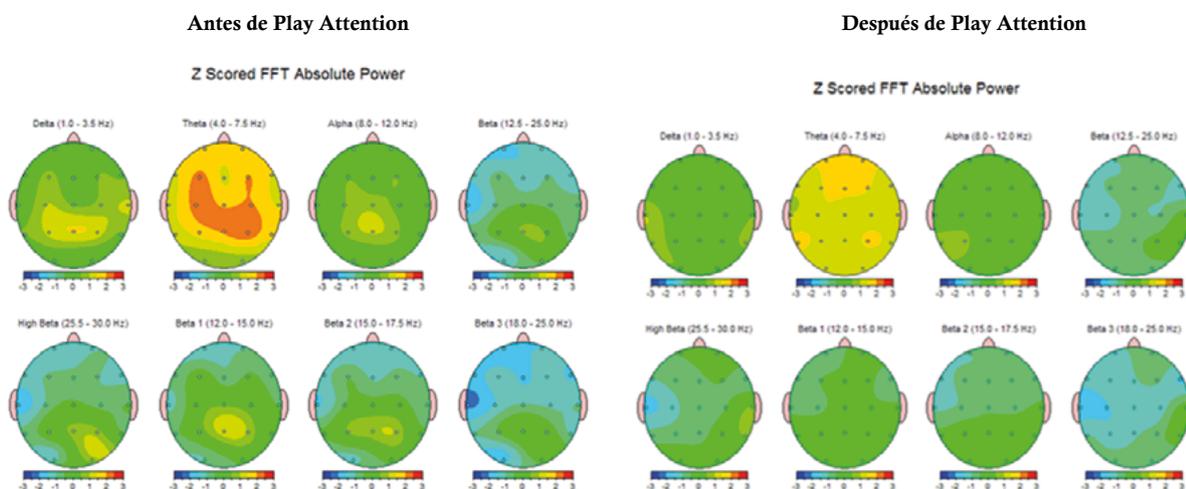
Figura 1. Ilustra el “sistema Play Attention” y los juegos usados en la terapia.

Ante la agresión en el hogar y en el salón de clases evitaría la agresión física y acusaría. Los padres y la docente apoyarían con llamada de atención o castigo al agresor (padre no golpearía). Los padres por separado y el docente apoyaron con el registro diario de las conductas de golpear, romper objetos, tirarse al suelo, hacer berrinches (gritos, insultos, tirar objetos); y en otro color las de acusar, no insultar, no golpear ante agresión. En cada sesión se revisaban los registros, otorgando calcomanía de éxito o de necesidad de cambio. La segunda valoración se realizó una vez terminadas las 40 sesiones de Play Attention. Se usó la prueba T de Student para muestras relacionadas usando IBM SPSS 26. **Resultados.** El cociente intelectual global CI =110, corresponde a normal promedio y todas las subpruebas tuvieron valor dentro de límites normales; se identificaron 5 pensamientos distorsionados (no voy a poder, siempre pierdo, soy el peor, soy un perdedor, todos son injustos conmigo); 7

conductas desadaptativas (tirarse al suelo y llorar, gritar e insultar, tirar objetos, romper cuadernos, golpear a compañeros y al hermano y no obedecer o retar a la maestra) y la emoción de enojo sin control. Posterior al tratamiento el reporte de los padres, maestra y del propio niño fue de remisión de síntomas conductuales en clase (90%), en casa del padre (100%), de la madre

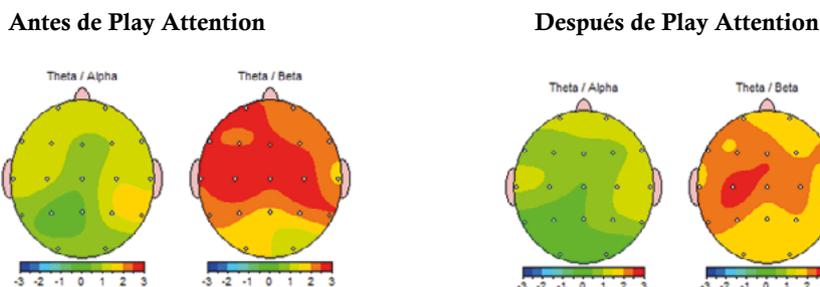
(90%), pensamientos distorsionados (85%) disminución en frecuencia e intensidad de la respuesta de enojo ante provocación del hermano y compañeros de clase (80%). Las mediciones de la atención en los tres dominios antes y después del tratamiento comprobaron la remisión de los síntomas.

RESULTADOS DE LA ATENCIÓN VALORADA ANTES Y DESPUÉS DE LA TERAPIA



Banda	Área	Antes	Después	Significancia	Efecto
Delta	Central	57,23 + 2.7	49.60 + 1.6	t = 5.03 (2) p = .037	↓
	Parietal	59.00 + 3.7	49.36 + 3.7	t = -12.71 (1) p = .050	
Theta	Parietal	70.43 + 3.2	63.43 + 2.1	t = 4.80 (2) p = .041	
Alfa	Occipital	56.23 + 1.8	52.30 + 1.8	t = 4.50 (2) p = .046	
Beta 1	Central	52.13 + 2.0	46.26 + 2.2	t = 6.89 (2) p = .020	
Beta 3	Frontal	35.10 + 2.1	38.68 + 2.5	t = -3.41 (6) p = .014	↑
	Parietal	49.13 + 3.4	39.63 + 2.8	t = 5.90 (2) p = .028	↓
Beta alta	Frontal	39.25 + 2.0	43.51 + 3.0	t = -3.33 (6) p = .016	↑

Índice electrofisiológico de Atención (Theta/alfa), de TDAH (Theta/beta)



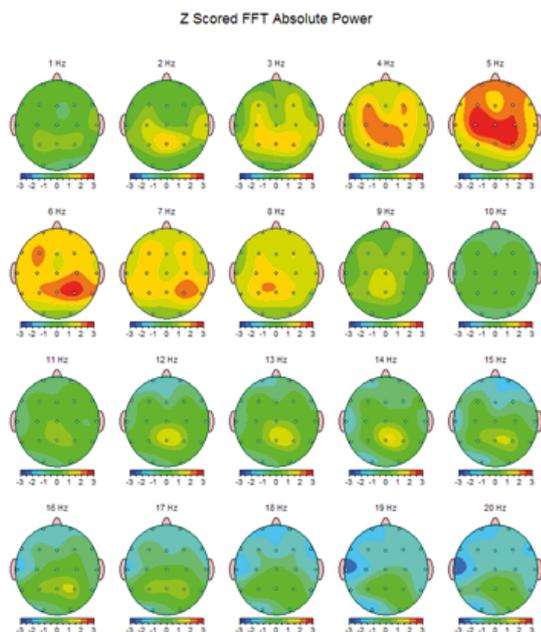
Índice	Área	Antes	Después	Significancia	Efecto
Atención RT/A	Frontal	61,51 + 1.6	59.65 + 1.2	t = 4.06 (6) p = .007	↓
	Central	60.66 + 3.6	57.90 + 2.8	t = 6.32 (2) p = .024	
TDAH RT/B	Frontal	74.75 + 1.8	70.38 + 2.3	t = 5.96 (6) p = .001	
	Central	79.30 + 2.7	74.90 + 2.3	t = 9.60 (2) p = .011	
	Parietal	70.76 + 1.7	68.76 + 1.9	t = 4.58 (2) p = .044	
Alerta: alfa ojos cerrados/alfa ojos abiertos	Occipital	62.10 + 0.1	60.65 + 0.1	t = 29.00 (1) p = .022	
Reactividad: alfa ojos abiertos/ alfa ojos cerrados	Frontal	59.17 + 0,6	60.12 + 0.7	t = -3.33 (6) p = .016	↑
	Temporal	58.70 + 0.3	59.42 + 0.2	t = -3.84 (3) p = .031	

Cambio significativo en la Potencia absoluta de las frecuencias aisladas

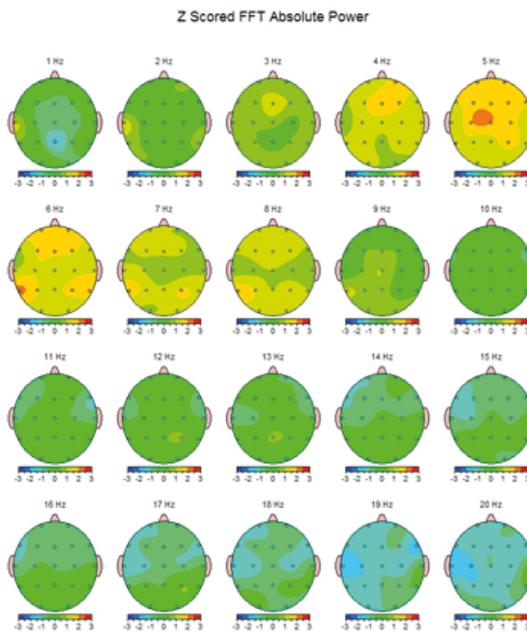
Hz	Derivaciones con cambio	Antes	Después	Significancia	Efecto
4	F3,F4,C3,Cz,C4,Pz,P4	73.57+ 3.8	65.00 + 2.9	t = 6.00 (6) p = .001	↓
5	Pf1,Pf2,F3,Fz,F4,F7,F8,C3,Cz,C4T3,T4,T6,P3,Pz,P4	73.75 + 3.9	68.12 +3.1	t = 6.26 (15) p = .0001	
6	Pf1,Pf2,F3,F4,F7,F8,C3,Cz,C4T3,T4,T6,P3,Pz,P4	72.00 + 3.2	67.66 + 3.2	t = 4.02 (14) p = .001	
7	F3,F4,C3,C4,T6,P3,Pz,P4	70.62 + 3.2	65.62 + 3.2	t = 5.29 (7) p = .001	
8	C3,Cz,P3,P4	70.00 + 0.0	63.75 + 2.5	t = 5.00 (3) p = .015	
21	Pf1,Pf2,Fz,F7,T3,Pz,O1	29.28 + 1.8	40.71 + 8.8	t = -3.77 (6) p = .009	↑
22	Pf1,Fz,F7,T3,O1	29.00 + 2.2	43.00 + 9.1	t = -4.22 (4) p = .013	
23	Pf1,Fz,F7,F8,T3	28.00 + 2.7	41.00 + 4.2	t = -6.50 (4) p = .003	
24	Pf1,Pf2,Fz,F7,T3,O1	29.16 + 2.0	45.83 + 9.2	t = -5.42 (5) p = .003	
26	Pf1,Pf2,F3,F7,T3	29.00 + 2.2	47.00 +10.4	t = -4.80 (4) p = .009	

Potencia Absoluta de frecuencias aisladas 1 Hz a 30 Hz

Antes de Play Attention



Después de Play Attention



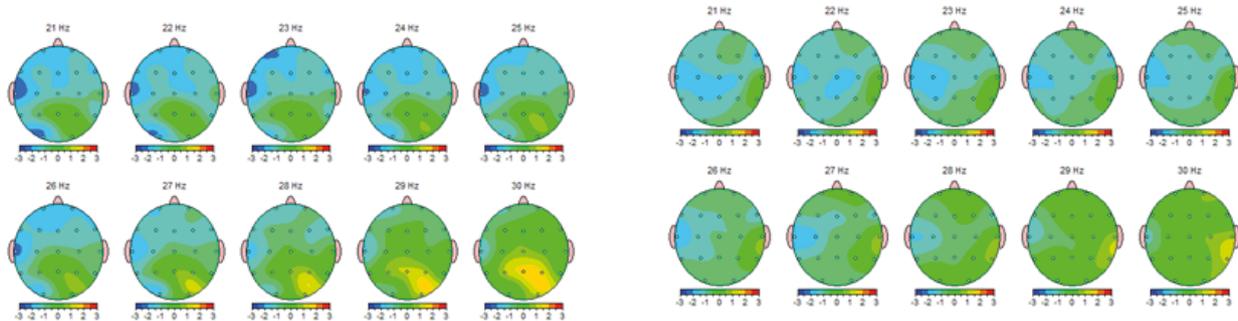


Figura 2. Electrofisiológico: QEEG Potencia Absoluta de Bandas de Frecuencia Fija. Los mapas representan el valor z de la potencia absoluta. Color verde $z =$ cero; color azul = z negativa, de -1 a -3 desviaciones y color rojo = z positiva, de +1 a +3 desviaciones.

DISCUSIÓN

Se trata de un niño con diagnóstico de TDAH de presentación predominantemente hiperactivo/impulsivo, que cumple con los indicadores descritos en estos niños: la potencia absoluta (PA) de las bandas de frecuencia fija delta, theta con incremento: mientras que las bandas alfa y beta con decremento.¹² Tuvo además incrementado el índice electroencefalográfico de TDAH (RT/B) y en menor intensidad los de atención (RT/A), alerta (PA alfa ojos cerrados/ alfa ojos abiertos) y reactividad (PA alfa ojos abiertos/ alfa ojos cerrados) estando en sintonía con el trabajo de Monastra y Lubar, y con el de Snyder y col (5). La PA de frecuencias aisladas como complemento de la valoración, como se sugirió (5), precisaron el incremento de la frecuencia 5 en todas las derivaciones, menos en occipital y la disminución de la frecuencia 21 en el área fronto-témporo-parietal izquierda como las de mayor disfuncionalidad. En situación de prueba mostró la atención visual a la inhibición del movimiento y la autorregulación de la atención auditiva semántica (variabilidad) debajo de la norma; acorde a trabajos previos (5). Contrario a lo reportado (9) tuvo mejor atención tónica que fásica tanto antes como después de la terapia, pero siempre dentro de límites normales. La terapia de retroinformación con Play Attention apoyada con la cognitivo conductual normalizaron significativamente todas las medidas desviadas de la norma en el QEEG y como consecuencia la atención en situación de prueba y en la conducta natural; así como la agresión y los pensamientos distorsionados.

La falla en la atención a la inhibición del movimiento o hiperactividad se pudo distinguir, con AULA, de la conducta motora que estuvo dentro de los límites normales. **Conclusión:** El sistema Play Attention complementado con terapia cognitivo conductual permiten la remisión significativa de la inatención en tres dominios: QEEG, situación de prueba y conducta natural en niños con TDAH.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no existir conflicto de interés ni de tipo personal, ni institucional, ni tampoco de tipo económico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se respetó el anonimato, se procuró beneficio y no perjuicio hacia el menor, el niño, los padres y dos testigos firmaron la carta de consentimiento informado.

REFERENCIAS

1. Luo Y, Weibman D, Halperin JM, Li X. A Review of Heterogeneity in Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Front Hum Neurosci.* 2019;13: 42. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2019.00042>
2. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* 2013-2020 Arlington: APA.

3. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2).
[https://doi.org/10.1016/S2215-3666\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-3666(17)30167-0)
4. Gallardo-Saavedra GA, Martínez-Wbaldo MDC, Padrón-García AL. Prevalence of ADHD in Mexican schoolchildren through screening with Conners scales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2019;47(2): 45-53.
5. Téllez-Villagra, C. y González Pedraza Avilés, A. Distribución cortical de la potencia absoluta de la actividad Beta 12Hz-25 Hz en niños varones con trastorno por déficit de atención e hiperactividad combinado. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2021;38(2): 4-25.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n2a2>
6. Nexplora. Attention Kids School AULA Software de realidad virtual. 2008-2022. <https://nexplora.com>
7. Petersen SE, Posner MI. The Attention System of the Human Brain: 20 Years After. *Annual Reviews of Neuroscience*, 2012;35(1): 73-89.
<https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-062111-150525>
8. Thiele A, Bellgrove MA. Neuromodulation of Attention. *Neuron*. 2018 Feb 21;97(4): 769-85.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.01.008>
9. Badgaiyan RD, Sinha S, Sajjad M, Wack DS. Attenuated Tonic and Enhanced Phasic Release of Dopamine in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *PLoS One*, 2015;10(9): e0137326.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137326>.
10. Zulueta A, Torrano F, López Fernández V, Crespo-Eguílaz N. Tiempo de reacción y variabilidad intraindividual en el tiempo de reacción de niños con trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad. *Rev Mex de Psicol*. 2019;36(1): 17-29.
11. Sani I, Stemmann H, Caron B, Bullock D, Stemmler T, Fahle M, Pestilli F, Freiwald WA. The human endogenous attentional control network includes a ventro-temporal cortical node. *Nat Commun*. 2021;(12): 360.
<https://doi.org/10.1038/s41467-020-20583-5>
12. Clarke AR, Barry RJ, Johnstone S. Resting state EEG power research in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A review update. *Clin Neurophysiol*, 2020;131(7): 1463-79.
<https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.03.029>
13. *Nascia.com* distribuidor oficial exclusivo para España de Play Attention.
<http://www.PlayAttentionSheerGenius.com>

Cesar A. Soutullo ¹

1. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. The University of Texas Health Science Center at Houston, Texas, EE.UU.

*Lo que aprendí del Dr. Joseph Biederman
(1947-2023)*

Es difícil resumir en pocas palabras lo que Joe Biederman ha sido para tantos psiquiatras de niños y adolescentes en todo el mundo. Seguramente cada uno tendremos una experiencia diferente según haya sido nuestro contacto con él. Para mí Joe ha sido un referente y un ejemplo, y gran parte de lo que sabemos sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), los Trastornos del humor en niños y adolescentes, y su evaluación y tratamiento farmacológico, lo hemos aprendido de él/de su equipo. También es muy difícil escribir esto, y lo he dejado *cocer a fuego lento* varias semanas en mi cabeza, antes de sacarlo al papel.

El pasado 5 de Enero de 2023 moría en Boston a los 75 años, **Joseph Biederman, MD**, tras luchar con un linfoma de células del manto. Para mí fue una sorpresa, no sabía que estaba enfermo. Una noticia muy triste. De repente me vinieron a la mente tantos encuentros en tantos congresos y reuniones, tantos consejos, tantos apuntes en mis cuadernos, de frases tuyas que eran oro puro. El Dr. Biederman era el Director del Programa Clínico y de Investigación en Psicofarmacología infantil y adolescente, de TDAH del Adulto y del Programa de Autismo del Hospital General de Massachusetts y Profesor (Catedrático) de Psiquiatría de la Universidad de Harvard en Boston, EE.UU, durante una carrera de más de 40 años. Ha sido durante muchos años el investigador más productivo y más citado de todo el campo de la psiquiatría (no sólo de infantil). A sus 74 años seguía dirigiendo, liderando y siendo mentor de un prolífico equipo.

A lo largo de su vida y su carrera Joe fue superando diferentes obstáculos, incluso desde antes de nacer en 1947 en Praga, Checoslovaquia, solo 2 años tras terminar la II Guerra Mundial. Sus padres, Ana y

Max, sobrevivieron el Holocausto gracias a Oskar Schindler, y pronto emigraron a Argentina, donde Joe se crió y estudió medicina en la Universidad de Buenos Aires, en otra época difícil para aquel país. Desde allí saltó a Jerusalem, a especializarse en Psiquiatría, pero seguramente pronto se dio cuenta que la oportunidad la tendría que buscar en EE.UU. Desde 1978 repitió la especialidad de psiquiatría y luego psiquiatría infantil y adolescente en el Hospital Infantil de Boston, uno de los mejores de mundo. Luego tuvo que luchar contra toda la psiquiatría académica de los años 1980, que era aún principalmente psicoanalítica. Durante los 1990 fue pionero en la descripción del trastorno bipolar en niños y adolescentes, lo que le atrajo intensas críticas, que desembocaron en una feroz caza de brujas contra él, que no consiguió terminar con su carrera, y de la que salió airoso, pero que también le afectó mucho.

Él decía que en toda su época de residente y *Fellow* nunca le enseñaron a recetar ninguna medicación para los niños, y que en aquel entonces el tratamiento era terapia especialmente para la madre, a quien se creía culpable del trastorno del hijo. Por eso una de las primeras cosas que aprendí de Joe fue: **“El TDAH no es culpa de los padres”**, no es culpa de malas madres decía él con su acento de Buenos Aires: **Las enfermedades psiquiátricas no son culpa de los padres, eso son boludeces**. Hay que tener en cuenta que Joe se formó con las ideas de los años 1960 y 1970 de la madre *esquizofrenogénica*, que se creía tenía la culpa de la esquizofrenia, y la “madre refrigerador”, que se creía que causaba autismo. Pero él no tenía opiniones, era un científico, miraba la realidad, estudiaba los datos, y según lo que encontraba, sacaba conclusiones para intentar explicar sus hallazgos.

Otra cosa que aprendí es a no mirar “tanto” qué pasó cuando el niño empezó con los síntomas. A

ver..., es fundamental conocer el entorno bio-psico-social de la familia, del niño en el colegio, pero no para buscar la “causa” (que no la sabemos) sino para entender las dificultades de la familia. Joe decía, cuando un niño viene a urgencias con la pierna rota, lo más importante no es si se ha caído de un árbol, si ha saltado él, o el han empujado. Lo importante es arreglarle la pierna. Luego ya se verá si hay que poner un muro alrededor del árbol para que no se suban los niños, o si otro niño le ha empujado, ver cómo se soluciona. Él también decía, cuando viene un niño a urgencias con cetoacidosis diabética, lo más importante no es si los padres están divorciados, no les preguntamos lo primero a los padres de un niño con asma si han limpiado la alfombra bien. Pero en psiquiatría infantil sí lo hacemos, y sin querer les estamos diciendo a los padres que quizás podrían haber hecho algo mejor, o algo para que el niño no tuviera TDAH, depresión, ansiedad, autismo... Bueno, pues esa autoculpa que les podemos generar a los padres, tardará años en mejorar. Además, no tenemos ni idea de porqué suceden las enfermedades psiquiátricas en niños, no podemos decir, esto es por esta razón. Lo mejor que podemos decir es: **no sé por qué su hijo tiene este problema, pero sí sé cómo se puede mejorar**. Tenemos que ser más humildes al hablar con los padres, esa humildad me la enseñó Joe, y me enseñó a observar, y a preguntarme, ¿por qué si dicen que la enfermedad es por esta razón familiar, el niño pequeño la tiene, y el niño mayor está perfectamente?.

Tantos momentos con Joe, y eso que no fui nunca a rotar con él, pero conseguí que algunos de mis residentes y *Fellows* de la Clínica Universidad de Navarra rotasen con él, así que *fui* a *Harvard* a través de ellos. También conseguí traerle a Pamplona al Congreso Nacional de Psiquiatría (2005) y a la Reunión (rebautizada como Congreso) de AEPNYA (2009), donde mis residentes y *Fellows*, no digo nombres, le enseñaron la ciudad cometiendo varios errores al explicarle la historia de los edificios, que luego recordamos durante años a carcajadas, “pues vaya guías que me has puesto, no se sabían ni un siglo ni un rey”, bromeaba. Recuerdo los “cursos de Boston” en psicofarmacología y de TDAH a lo largo de la vida, donde siempre nos guardaba un ratito para comer o cenar con el grupo de españoles, con la condición de que él se pagase su propia cena, porque no quería que le invitase ninguna

industria. En ellos aprendí más en 4 días que nunca desde que había terminado la residencia. Esos cursos fueron el germen del “Instituto de Psicofarmacología del niño y adolescente”, que aún se sigue haciendo, van ya por la X edición. Recuerdo sus respuestas cortantes a preguntas impertinentes: “esta pregunta no sé la respuesta, siguiente pregunta”, lo decía muy educadamente, pero de forma totalmente cortante, y luego cuando bajaba del estrado y me veía me decía en perfecto argentino “Cesar, ¿has visto que boludeces me preguntan?”. Y otra vez que me tocó hablar de Psicofarmacología del TDAH en un Congreso, y palidecí al ver que en mi mesa estaba él. Le escribí para preguntarle qué quería que dijese, pues todos los artículos que encontraba eran suyos, y me dijo: “César, no te preocupes, lo vas a hacer genial”. La ponencia más difícil de mi vida explicar el TDAH delante de Biederman, pero aprendí mucho de sus comentarios y preguntas.

Joe, cuánto aprendimos de ti, cómo nos guiaste, cuánto te esforzaste porque pensásemos de forma científica sin ideologías ni teorías no basadas en la evidencia, siempre dispuesto a cambiar tu opinión si los datos te decían que una hipótesis era falsa. Contestaba los correos a los pocos minutos, como no he visto a nadie, y siempre decía el último gracias. Guardo su último wasap de un logro académico que conseguí y quise compartir con él, y me contestó: ¡Felicidades, estoy muy orgulloso de tí!!!. Que alguien como Joe Biederman encontrase tiempo para llegar al fondo e inspirar a tante gente, a pesar de todas las dificultades que encontró, es realmente un milagro, basado en trabajo sin descanso y generosidad.

Y finalmente, a lo largo de los años, tras verle esforzarse, con constancia año tras año traer cosas nuevas a congresos, seguir haciendo cursos, viajar infatigablemente, yo me preguntaba, ¿qué le mueve?, ¿cómo sigue ilusionado?. Claramente no era nada material, Joe no era de grandes lujos ni en ropa ni accesorios, ni en restaurantes, coches, casas, hoteles, ni otras cosas materiales, era sencillo en las formas. Tampoco el ego, aunque tenía opiniones fuertes, basadas en los datos, no buscaba el alarde ni los laureles. Recibía premios a montones, pero sabía que eso no era lo importante. ¿Qué podría ser?. Quizás el saber que, a pesar de que uno haya hecho mucho, siempre queda por hacer, siempre se puede hacer

más. Me viene al recuerdo, precisamente, una de las últimas escenas de la película de Spielberg, **La lista de Schindler...**, y cómo, al final, aunque había salvado a mucha gente, se desesperaba porque podría haber salvado a más. Con este reloj podría haber salvado a una familia, decía llorando. Como en **El guardián en el centeno**, estamos en un campo de trigo rodeado por un precipicio, y tenemos que vigilar que no se caigan los niños al barranco. Creo que eso debía ser lo que le movía, saber que siempre quedan niños y familias por ayudar, y es nuestra responsabilidad esforzarnos y devolver a la gente ese don que hemos recibido de nuestros mentores. Eso también lo aprendí de Joe Biederman.

Gracias Joe, buen viaje, descansa en paz, dejás una huella y una pena muy honda.

De izquierda a derecha: Drs Kiki Chang (Stanford, USA), Ana Figueroa Quintana (Clínica Universidad de Navarra, CUN), Andrés Martín (Yale, USA), Cesar Soutullo (CUN), Inmaculada Escamilla Canales (CUN-Madrid), **Joseph Biederman (MGH, Harvard, USA)**, Joaquín Fuentes (Policlínica Guipúzkoa), Inés García Martín (CUN), Azucena Díez Suárez (Servicio Navarro de Salud).

Actualmente estos profesionales ejercen la Psiquiatría infantil y adolescente en servicios públicos, privados y concertados en: Palo Alto, Gran Canaria, Yale, Houston, Madrid, San Sebastián, Zaragoza y Pamplona (CUN).



Congreso de AEPNYA, Pamplona, 2009. Aprendiendo y celebrando con Joe Biederman.

María José Ruiz Lozano

Psiquiatra infantil y de la adolescencia. CSMIJ y centro de día San Andrés, Murcia, España.

Despedida a Concha Gómez-Ferrer Górriz

El 31 de diciembre de 2022 nos dejó definitivamente la doctora Concepción Gómez-Ferrer Górriz a los 83 años de edad.

Siempre orgullosa de sus orígenes valencianos, de su abuelo el famoso pediatra Ramón Gómez-Ferrer, de su padre Pedro José Gómez-Ferrer Martí, eminente médico y de su querida madre Concepción Górriz Puchades. La medicina estaba muy presente en su futuro, aunque la filosofía fue al inicio su mayor duda porque le gustaba especialmente. Finalmente decide estudiar medicina y se licencia en 1965 en la Universidad de Valencia, con expediente académico abrumador, 34 Matriculas y el resto Sobresalientes, no era algo de lo que ella jamás presumiera, sino que era su marido, el Doctor en psiquiatría Antonio Fernández Moreno, el que orgulloso lo contara y ella le quitara importancia, como si de una anécdota vital se tratara. Amante del piano, tenía estudios superiores; del teatro, donde superada su timidez infantil, creó la compañía “La Chistera” en 1957, con la que ofrecían representaciones en verano para disfrute de los vecinos de Mora de Rubielos, Teruel.

Fue premio de licenciatura y alumna interna en varias Cátedras en la Universidad. En 1966 comienza sus estudios de psiquiatría infantil, siendo su pasión y vocación definitiva durante toda su carrera profesional y a la que le dedicaría sus mayores esfuerzos e ilusiones.

En 1970 conoce a su marido en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca de Murcia, siempre bromeaban diciendo que se conocieron en el manicomio, se casan pronto y comienzan una preciosa historia. Como psiquiatras trabajarán juntos, con el objetivo de consolidar la psiquiatría infantil en la región de Murcia, es un mérito que todos les agradecemos.

Comienza a trabajar duramente en 1968 en el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica y en 1970 como Psiquiatra Jefe del Centro de Educación Especial de Espinardo, donde trabajó con más de 200 niños. Para ella era un orgullo la atención prestada y el tratamiento que les ofrecían, siendo el respeto al otro una de sus cualidades principales. Siempre nombraba el buen equipo con el que contaba, cómo los formó y la estrecha colaboración con todos ellos. Su vocación de docente siempre ha estado presente en cada etapa de su vida. Por su parte, Antonio Fernández fue el Director del Centro de Educación Especial dirigido a los casos más severos de retraso mental. Incansable estudiosa en 1973 obtiene el título de Psicología por la Universidad Complutense de Madrid.

Con gran ilusión y trabajo crea en 1981 el Servicio de Psiquiatría Infantil en el Hospital Psiquiátrico, un pabellón espacioso, donde explora y trata a niños con diversas patologías, formando un equipo multiprofesional y coordinándose con neuropediatras y psiquiatras de adultos.

Continúa profundizando sus estudios sobre el retraso mental y en 1982 escribe su tesis y consigue el doctorado en Medicina por la Universidad de Murcia.

Ya en el año 1990 fue nombrada Jefe de Servicio de Psiquiatría Infantil en el Hospital General Universitario. Es en este periodo cuando comienza su labor con los residentes de psiquiatría, iniciándose numerosas vocaciones, incluida la mía. Muchos de los que pasábamos por su Servicio, donde todo estaba reglado, armonioso, con una sistemática clara de funcionamiento, trato privilegiado a pacientes y padres y enormes ganas de trabajar clínica y científicamente, nos sentimos atraídos hacia ella y hacia su especialidad.

Posteriormente es nombrada Jefe de Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Servicio Murciano de Salud, cargo que desempeñó hasta su jubilación.

Su deseo de atender de forma integral a los niños más graves, poder valorarlos y tratarlos, a ellos y a sus familias, conociendo en profundidad su realidad, fue el origen de su nuevo gran proyecto, crear el Centro de Día Infanto-Juvenil, y en el año 2000, lo consiguió.

Este es un breve resumen de la extensa trayectoria profesional de la doctora Gómez-Ferrer, Doña Concha. Concha, ha sido siempre una institución en sí misma, en todos los que la conocimos nos dejó una enseñanza, su deseo de hacer siempre las cosas bien. Era rigurosa, justa, honesta, decidida, pionera en muchos aspectos de su vida, luchadora a nivel personal y profesional. Preocupada por mejorar las condiciones de vida de los más vulnerables. Trabajadora incansable, siempre estaba estudiando, aprendiendo, siempre iba a los congresos y reuniones y se sentaba en primera fila, anotando, interviniendo, responsable de estar al día. Siempre colaboraba con las asociaciones, con la universidad en cursos de postgrado, era extraño que se negara a una petición.

Preocupada por su equipo, buscaba la armonía, que ella consideraba necesaria para poder tratar bien a los niños.

Participó activamente en la directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y Adolescente, orgullosa de pertenecer a ella y de compartir experiencia con sus queridos compañeros paidopsiquiatras, luchando por la visibilidad de la especialidad. Organizó la Reunión Nacional de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y adolescente en Murcia, en 1980, con gran éxito de público y crítica, como diría en términos taurinos Don Antonio.

Así como el Symposium Nacional de Psiquiatría Infantil, dedicado a las Psicosis en 1984.

Realizó desde siempre una tarea investigadora en el campo del retraso mental y de las psicosis, publicando en tratados de psiquiatría, artículos en revistas, dando ponencias, realizando guías divulgativas para padres. Implicada en la formación MIR, por su consulta han pasado todos los residentes de psiquiatría y muchos de pediatría, orgullosa siempre de las nuevas vocaciones. Luchadora

incansable por defender nuestra especialidad y a sus especialistas.

Su manera de explicar su saber era sencillo, de esa forma que solo los sabios saben hacer, para hacerse comprender por todos, cercana y humilde, lejos del artificio.

Cuando la observabas trabajar era fascinante, sus valoraciones, exploraciones, historias clínicas realizadas a dos colores con palabras textuales de los niños, auténticos tratados de paidopsiquiatría, solo ella podía transcribirlo todo, gracias a su portentosa memoria. Era tremendamente exhaustiva, describía la sintomatología sin etiquetar, aunque conociera desde el inicio el diagnóstico. Al mismo tiempo jugaba, escuchaba atentamente, hacía test, comprendía la problemática y trataba de la mejor forma posible, bien con la palabra o con las nuevas terapias, abierta siempre al estudio de todos los psicofármacos.

Sabía que decir a los padres, que entraban asustados y perdidos y salían serenos y sabiendo que podían confiar en ella.

Fue para todos nosotros maestra de vida y de profesión, disfrutaba enseñando y compartiendo sus conocimientos, su sabiduría de años de estudio y de clínica. Siempre tenía su puerta abierta y extendía la mano a todo el que quisiera aprender. Cualquier acto suyo era meditado, justo y “cargado de razón”, como solía decir.

En su vida personal encontró su contrapunto en su compañero de vida, Don Antonio, una persona inteligente y jovial, un gran profesional, con una visión siempre certera para resolver los problemas. Trabajador incansable, juntos crearon la Psiquiatría Infantil en nuestra región murciana, de la que disfrutaron en compañía de los numerosos amigos y compañeros, que hicieron en estos años. Siempre formarán parte de nuestras vidas.

Echo de menos cada día desde su jubilación y su marcha definitiva a Valencia, sus palabras sensatas, su juicio justo, sus charlas sobre la vida y el trabajo, sus anécdotas de su infancia y sus duros momentos vitales y ese cariño que me dio y que lo conservaré como el mejor regalo que pudo darme.

Espero que descanse en paz junto a los suyos y que de alguna manera mantengamos siempre su recuerdo vivo todos los que la conocimos.



La Dra. Gómez-Ferrer y su marido, el Dr.A. Fernández.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

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

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

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

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

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

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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