



Infanto-Juvenil

Volumen 41 • Número 1 • 2024

EDITORIAL

Nuevo año, nuevos retos

Ana E. Ortiz García MD, PhD 1

CARTA A LA DIRECTORA

Importancia de incorporar la perspectiva del trauma en los servicios de salud mental infanto-juvenil

L. Delgado 3

PERSPECTIVA CLÍNICA

Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en Catalunya: Atendiendo a niños y adolescentes en su entorno natural

Dra. Montse Pàmias Massana 7

CASO CLÍNICO

Hebefrenia Autística en 2023: a propósito de un caso clínico

R. Ubiría, H. Andreu, N. Baldaquí, C. Díaz Téllez,
M. Lobet Farré y A. Morer Liñan 10

Uniendo las piezas del puzzle: Paciente con Trastorno del Espectro del Autismo con sintomatología afectiva mayor y tics

Cristina Lamborena Ramos, Bernardo Sánchez Fernandez, Javier Sánchez Martínez,
Valentín Bote Pérez, Raquel Medina Blanco, M^a Jesús Arranz Calderón y
Amaia Hervás Zúñiga 17

NORMAS DE PUBLICACIÓN 27

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2024,41(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>

Ana E. Ortiz García MD, PhD 

Directora de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clinic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Correo: direccion.revista@aepnya.org

Nuevo año, nuevos retos

Justo hace un año por estas fechas asumí la enorme responsabilidad que conllevaba ser la directora de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Esa enorme responsabilidad iba acompañada a su vez de un enorme orgullo por tomar el relevo de la doctora Inmaculada Baeza que tanto había trabajado por dar calidad científica a esta Revista, adaptar la página web y la plataforma de envío de Journals & Authors entre muchas otros aspectos durante sus 4 años de dirección.

Os escribo esta editorial con el objetivo de hacer balance de este primer año como directora de la Revista y acercaros transparentemente el trabajo que hemos desempeñado todo este tiempo.

Y es que en este nuevo camino dentro del Comité Editorial no he estado sola, sino que a principios de año se unieron al equipo editorial como editores de sección los doctores: Antía Brañas del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, Ernesto Cañabate de la Clínica Doctor Quintero de Madrid y Víctor Pereira-Sánchez del Stavros Niarchos Foundation Global Center for Child and Adolescent Mental Health at the Child Mind Institute, New York. Durante el segundo semestre del año, se unió la doctora Iria Méndez del Hospital Universitari Mutua de Terrassa y el doctor Carlos Imaz del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, éste último aunque ya formaba parte del alma de la Revista por su gran trabajo durante sus años en la Junta Directiva de AEPNYA; le propusimos que formara parte del equipo editorial de la Revista porque es una de las personas que más la conoce desde dentro, aceptando nuestra propuesta con su buen hacer que le caracteriza.

Nuestra revista tiene la gran labor de dar voz y visibilidad a los trabajos que realizan tanto nuestros socios/socias como compañeros/compañeras de

Latinoamérica que nos realizan envíos cada vez más frecuentemente. Como Revista debemos garantizar que los trabajos tengan una calidad científica y sean revisados de forma anónima por revisores externos. Cada cambio que proponemos desde el equipo editorial, los revisores externos o la dirección es con el ánimo y con la inquietud de ir mejorando día a día y que cuando lean nuestra revista los socios y socias de AEPNYA se sientan orgullosos y orgullosas del gran trabajo que hacemos como Asociación. Siguiendo esta línea de trabajo vamos a proponer un taller con el objetivo de mejorar la calidad científica en la redacción y creación de presentaciones, comunicaciones orales, pósters y revisiones para el próximo congreso de AEPNYA de Málaga 2024. ¡Os esperamos!

Durante este año 2023, también hemos trabajado en mejorar el proceso de envío de los envíos, modificando y adaptando diferentes mensajes de la plataforma, así y como, informatizando mediante la plataforma todo el proceso de envío, revisión, producción y edición. Así mismo, hemos añadido la solicitud durante el envío del documento de aceptación del Comité de Ética correspondiente a la investigación original, añadiendo este documento obligatorio al del consentimiento informado en el caso del envío de los Casos Clínicos. Por otra parte, estamos intentando mejorar el tiempo de respuesta y de publicación de los envíos. Todos estos cambios son con el objetivo de mejorar nuestra puntuación como Revista para podernos indexar.

Por otra parte, hemos hecho solicitud para poder tener más visibilidad en diferentes bases de datos internacionales. Os comunicamos que hemos sido aceptados en la base de datos MEDES. Y en el mes de noviembre de 2023, hemos realizado la solicitud

2 para la base de datos Redalyc y la base de datos internacionalmente conocida PUBMED. Estamos pendiente de respuesta de ambas bases de datos, pero en cuanto tengamos su respuesta no dudaremos en haceros llegar esa gran gesta para nuestra Revista y para nuestros socios/socias, autores/autoras y lectores/lectoras.

Durante este 2024 que empieza deseamos un año lleno de compartir trabajos que hayan realizado

nuestros socios/socias, autores/autoras y lectores/lectoras, así y como, seguiremos trabajando, esforzándonos con el compromiso de podernos indexar y tener un factor de impacto reconocido como Revista.

Todo el Equipo Editorial, Secretaría y Dirección están a vuestra disposición para caminar juntos este 2024.

¡Feliz año a todos y todas!

L. Delgado 

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

Correo: ldelgadora@mutuaterrassa.cat

Importancia de incorporar la perspectiva del trauma en los servicios de salud mental infanto-juvenil

Importance of incorporating the perspective of trauma in child and adolescent mental health services

RESUMEN

Haber sufrido un trauma durante la infancia hace que se triplique el riesgo de sufrir un trastorno mental grave en la edad adulta y sugiere que hace falta un abordaje integral de los pacientes que no solo tenga en cuenta factores físicos, sino también su historia personal. Este artículo señala la necesidad de incorporar la perspectiva del trauma en la salud pública de forma trasversal en todas las etapas del desarrollo, así como en las políticas preventivas en salud priorizando la inversión en Salud mental. También resalta la importancia de reflexionar sobre la complejidad que supone calcular los costes globales directos e indirectos del trauma psicológico dentro de los diferentes ámbitos sanitario, educativo, social y de justicia.

Palabras clave: Trauma, salud pública, salud mental, prevención.

ABSTRACT

Having experienced trauma during childhood triples the risk of suffering a serious mental disorder in adulthood and suggests that a comprehensive approach to patients is needed that not only takes into account physical factors, but also their personal history. This article points out the need to incorporate the perspective of trauma in public health transversally, across all stages of development, as well as in preventive health policies that prioritize investment in mental health. It also highlights the importance of reflecting on the complexity of calculating the direct and indirect global costs of psychological trauma within different sectors, including healthcare, education, social area and justice.

Keywords: Trauma, salud pública, salud mental, prevención.

4

El gasto del sistema sanitario español representa un 9,3% del Producto Interior Bruto (PIB) pero la salud mental sigue siendo la cara invisible de la sociedad además de la hermana pobre de la sanidad. España gasta apenas el 5,16% de su inversión sanitaria total en salud mental y de los 46.000 millones de euros anuales que se gastan en salud mental, el 47% es para pagar la prescripción de medicamentos y bajas laborales (1–3). Los países de nuestro entorno destinan hasta el 10% por lo que invertimos la mitad que Francia o Alemania (1–3). Mientras tanto, las visitas de los jóvenes por problemas de Salud mental han sufrido un incremento alarmante (4–6).

Un estudio reciente encabezado por investigadores del Hospital del Mar (7) indica que haber sufrido un trauma durante la infancia hace que se triplique el riesgo de sufrir un trastorno mental grave en la edad adulta poniendo de relevancia que hace falta un abordaje de los pacientes que incluya su historia personal. Este estudio señala la importancia de detectar y tratar el trauma psicológico de los pacientes en la Sanidad pública, pero también la necesidad de que los decisores políticos inviertan más en prevención.

Las experiencias infantiles adversas (EIA) son acontecimientos estresantes o traumáticos que sufren los niños antes de los 18 años (8). Entre las EIA se pueden incluir ciertas formas de Maltrato Infantil (MI), exposición a violencia familiar y comunitaria además de otras que no tienen que ver con el MI. El MI es un sólido factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos mentales pero el riesgo de psicopatología posterior parece estar más relacionado con los informes subjetivos de MI (9). Pese a que la exposición a EIA no implica necesariamente el desarrollo de un trauma posterior, los individuos que tienen EIA tienden a tener más problemas de salud mental en la edad adulta que los que no las tienen, así como mayor probabilidad de una mortalidad prematura, por lo que los costes en salud derivados de otras enfermedades físicas asociadas también deberían tenerse en cuenta a la hora de cuantificar en los costes económicos globales del trauma. Una revisión sistemática (10) indicó que los costos anuales totales atribuibles a las EIA podían estar en US\$581 mil millones en Europa y US\$748 mil millones en América del Norte. Más del 75% de estos costos surgieron en personas con dos o más EIA. Una reducción del 10% en la prevalencia de la EIA podría equivaler a un ahorro anual de 3 millones de AVAD

(Años de Vida Ajustados por Discapacidad) o \$105 mil millones.

Los menores que cometen delitos violentos informan de historiales traumáticos extensos y presentan tasas elevadas de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en comparación con sus compañeros de la comunidad (11). En este sentido también sería necesario considerar los costes sociales que genera el trauma tanto en el sistema judicial como en el de protección a la infancia.

La evaluación de estos niños y jóvenes con antecedentes de traumas complejos del desarrollo supone un reto importante para los servicios. Se argumenta que las categorías diagnósticas tradicionales, como el TEPT, tienen un valor limitado y, aunque la definición propuesta de trastorno traumático del desarrollo (TDD) (12) intenta abordar este debate, aún no se han desarrollado las herramientas de evaluación asociadas y tampoco es un diagnóstico que se haya incluido en los manuales al uso.

Alisic et al. (13) trató de identificar las EIA clave que se asocian de forma consistente con un mayor riesgo de trastornos mentales y suicidio. El abuso sexual en la infancia (ASI) como evento traumático único se ha asociado a trastornos de salud mental a lo largo de la vida durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta (14).

Los niños con una mayor incidencia de EAI (≥ 4) tienen más probabilidades de tener tasas más altas de trastornos de salud mental. Además, se sabe que cuanto más tempranamente se sufran estas experiencias la afectación es mayor (15).

¿Si la presencia de múltiples EIA es un factor de riesgo importante para muchas condiciones de salud por qué no es seriamente considerado en las políticas preventivas de salud pública? ¿Si existe una relación dosis-respuesta entre recuento de número de EIA y un mayor riesgo de problemas de salud y desarrollo, por qué no se considera su cribado en entornos médicos-pediátricos que ofrecen una clara oportunidad para la detección, la intervención y el tratamiento precoces?

Aunque el problema solo apunta al pico del iceberg, en un metaanálisis (13) se encontró que la tasa global de TEPT era del 15,9% (IC del 95%: 11,5-21,5), variando según el tipo de trauma y el sexo. No está claro cuántos niños y adolescentes desarrollan un TEPT / TDD tras una o varias experiencias traumáticas, pero lo que sí parece muy importante es clarificar los posibles mediadores de esta relación, lo que nos permitiría el desarrollo de intervenciones preventivas (Figura 1).



Figura 1. Propuesta de Intervención: Factores mediadores de problemas de Salud Mental y Principales factores de riesgo.
 Nota: SM (Salud Mental), EIA (Experiencias Infantiles Adversas); VIP (violencia Interpersonal); ASI (Abuso Sexual Infantil).

Los niños expuestos a traumas no interpersonales presentaban el menor riesgo, mientras que las niñas expuestas a traumas interpersonales mostraban la tasa más elevada. Los participantes expuestos a violencia interpersonal (VIP) tenían una mayor prevalencia y nivel de depresión (16). La exposición acumulativa al maltrato provocaba mayores síntomas depresivos en los adolescentes con un perfil de apego consistente en un apego materno de muy baja calidad (9). El estilo de apego y la historia de abuso son variables relevantes en el estudio de los intentos de suicidio (17). La inseguridad en el apego contribuye a los trastornos mentales y mejorar la seguridad en el apego puede facilitar la mejora de la psicopatología (18).

La prosperidad futura de cualquier sociedad depende de una inversión continua en salud. La conexión bien documentada entre las EIA y una amplia gama de problemas con elevados costes, resaltan la necesidad de incorporar la perspectiva del trauma en todas las políticas de la salud pública de forma transversal. Dicho esto, no todos los niños expuestos a circunstancias estresantes experimentan consecuencias perjudiciales. Una mejor comprensión de por qué a algunos les va bien a pesar de las graves dificultades, podría servir de base para políticas y programas más eficaces para proporcionar apoyo a las familias y ayudar a los niños más desfavorecidos alcanzar su máximo potencial.

REFERENCIAS

1. Antolín R. El coste de la salud mental en España se incrementará 454,2 millones en tres años. El

- Economista [Internet]. 2022 Oct [Consultado 2023 Ago 7] Disponible en: <https://www.economista.es/salud/noticias/12012084/10/22/El-coste-de-la-salud-mental-en-Espana-aumentara-454-millones-en-tres-anos-.html>
2. Rivera M. España, a la cola en salud mental: invierte la mitad que Europa y solo hay 2.800 psicólogos en sanidad pública. 2022 May [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: https://www.lespanol.com/invertia/observatorios/sanidad/20220522/espana-mental-invierte-europa-psicologos-sanidad-publica/672183163_0.html#:~:text=%22Solo%20sirven%20para%20marcar%20las%20%20%20C3%ADneas%20prioritarias%22%20C%20ha,pa%20C3%ADses%20de%20nuestro%20entorno%20destinan%20hasta%20el%2010%25
3. Ramírez A. España solo destina 5,16% del gasto sanitario a la salud mental. 12 de octubre de 2020 [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: <https://www.cambio16.com/espana-solo-destina-516-del-gasto-sanitario-a-la-salud-mental/>
4. Lucio CG. La pandemia golpea la salud mental de los adolescentes. 2021 May 6 [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/05/06/6093d26cfc6c83c7208b4634.html>
5. Marugán A. El problema de la salud mental crece en España: casi la mitad de los jóvenes ha pensado en suicidarse. [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: <https://www.antena3.com/noticias/sociedad/problema-salud-mental-crece-espana-casi-mitad->

6

- [jovenes-pensado-suicidarse_202310106525276f90d39d00010d7042.html](https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/10/10/6524f4d4fdddf110c8b45a2.html).
6. El Mundo. El 59% de jóvenes españoles afirma haber tenido problemas de salud mental en el último año. 2023 Oct 10 [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2023/10/10/6524f4d4fdddf110c8b45a2.html>
 7. Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Rosa AR, Fortea L, Radua J, et al. Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;273(2): 397-410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
 8. Vega-Arce M, Nuñez-Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(2): 124-30. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
 9. 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>
 10. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. 2019;4(10): e517-28. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
 11. Infocop. Cómo mitigar el impacto de las experiencias adversas infantiles. 2023 Jun 28 [Consultado 2023 Dec 10] Disponible en: <https://www.infocop.es/como-mitigar-el-impacto-de-las-experiencias-adversas-infantiles/#:~:text=Los%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as%20que%20viven%20EAI%20tienen,y%20problemas%20con%20el%20sistema%20de%20justicia%20penal>
 12. Van Der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Traum Stress*. 2005;18(5): 389-99. <https://doi.org/10.1002/jts.20047>
 13. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014;204(5): 335-40. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
 14. Boumpa V, Papatoukaki A, Kourti A, Mintzia S, Panagouli E, Bacopoulou F, et al. Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>
 15. Choi JK, Wang D, Jackson AP. Adverse experiences in early childhood and their longitudinal impact on later behavioral problems of children living in poverty. *Child Abuse & Neglect*. 2019;98: 104181. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104181>
 16. Vibhakar V, Allen LR, Gee B, Meiser-Stedman R. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*. 2019;255: 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005>
 17. Boroujerdi FG, Kimiaee SA, Yazdi SAA, Safa M. Attachment style and history of childhood abuse in suicide attempters. *Psychiatry Research*. 2019;271: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.006>
 18. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*. 2012;11(1): 11-5. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>

Dra. Montse Pàmias Massana 

Cap de Salut Mental Infantil i Juvenil, Corporació Sanitària Parc Taulí. CIBERSAM, Sabadell, España.

Correo: mpamias@tauli.cat

Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en Catalunya: Atendiendo a niños y adolescentes en su entorno natural

Las líneas estratégicas del departamento de salud de Catalunya 2017-2020 fueron un impulso muy importante en el ámbito de la salud mental infantil y juvenil en Catalunya que dio frutos objetivables, tanto en la mejora de la dotación de los diferentes equipos en todo el territorio, como en la mejora del diagnóstico y homogeneización de prácticas asistenciales en patologías concretas como trastornos de la conducta alimentaria y trastorno del espectro del autismo.

La red de salud mental infantil y juvenil, creada en 1999 y diferenciada de la red de adultos, atiende los problemas de salud mental en los 52 centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) en Catalunya, formados por equipos multidisciplinares. Estos CSMIJs, liderando la atención comunitaria, trabajan de forma coordinada con hospitales de día y plantas de hospitalización para poder dar la atención escalonada en función de la gravedad clínica del paciente.

En 2021 se atendieron a 74.152 personas y 26.333 se visitaban por primera vez los CSMIJs de Catalunya. Estos valores situaban la prevalencia en población ajustada de infantil y juvenil, en el 5,38% y la incidencia en el 1,91%, que había ido aumentando en los últimos años. Se observaba un incremento del 8,45% de las personas atendidas en el CSMIJs en 2021 respecto al año 2020. La relevancia del incremento se explica porque el número total de niños y jóvenes tratados en los CSMIJ era estable en los últimos tres años, alrededor de 68.000 atendidos entre 2018 y 2020.

El total de visitas que se realizaron fue de 605.033, lo que comportaba 8,2 visitas por persona atendida. Por lo que respecta a la condición clínica de

complejidad en salud mental representaba un 21,6% del total de casos atendidos

Además, a pesar de la disponibilidad de estos recursos, en algunos casos, como consecuencia de las condiciones de complejidad que presentan estos pacientes, ya sea por vulnerabilidad sociofamiliar, complejidad psicopatológica o ambas condiciones, tenían dificultades para acudir a su CSMIJ u hospital de día. El sistema de atención no daba una respuesta ajustada a las necesidades de estos pacientes y familias, cuando requerían una intervención de proximidad en el domicilio, con el objetivo de evitar un curso tórpido y cronificación.

Para poder dar respuesta a estas necesidades y atender la creciente demanda, en 2022, se inició el Programa de atención a la crisis infantil y juvenil en salud mental en Catalunya.

Este programa es una alternativa asistencial de ámbito comunitario para personas con sospecha o confirmación diagnóstica de trastorno mental y complejidad social asociada que presenten dificultades para ser atendidas en los servicios de salud mental ambulatorios. El programa de atención a la crisis debe facilitar la atención y el tratamiento especializados hasta que estas personas alcancen la estabilidad clínica suficiente para poder vincularlos a un recurso de atención comunitaria.

Este programa implicaba una ampliación de la cartera de servicios de los CSMIJ y para que los CSMIJ pudieran desempeñar este papel, era imprescindible reforzar los equipos y optimizar la coordinación con el resto de agentes comunitarios. En este contexto, se puso de manifiesto la necesidad de incorporar nuevos perfiles profesionales, terapeutas

8

ocupacionales, educadores sociales y mayor número de trabajadores sociales a los CSMIJ para poder atender conjuntamente el abordaje ambulatorio de las personas atendidas, y la intervención domiciliaria en la crisis infantil y juvenil, con los márgenes y la flexibilidad necesarios en función de las características de cada territorio.

Para cuidar la implementación del programa en todo el territorio, se creó un grupo motor, formado por profesionales de los primeros CSMIJs a implementar el programa. Este grupo, se reúne periódicamente y cuida de aspectos comunes como la necesidad de consentimiento informado para atender a domicilio, homogeneización en el plan terapéutico, aspectos de seguridad de los profesionales y pacientes, y desarrollo de indicadores que evalúen la eficacia de este programa. Otro aspecto prioritario de este grupo es la formación continuada de los profesionales, en especial atención a la integración de estos profesionales del ámbito social en el entorno sanitario.

Los indicadores que se recogen de forma periódica son indicadores de efectividad (tasa de ingresos en agudos, consultas a urgencias, coordinaciones con centro educativo, vinculación al CSMIJ después de la intervención) de accesibilidad (casos atendidos en 72 h, visitas a domicilio según el perfil profesional) de eficiencia (número de altas, ocupación, duración intervención), de seguridad y de satisfacción del paciente (encuesta ad hoc). Se recogen también indicadores de respuesta terapéutica en función de la patología del paciente.

Los datos de los 12 primeros programas de crisis en Cataluña, con un año ya de funcionamiento, muestran que, en función del territorio, entre el 40 y el 90% de las visitas del programa se realizan en el domicilio del paciente.

El programa tiene una duración estimada de 8 semanas, y la media de visitas por paciente son de entre 1,2 y 3,7 visitas por paciente/ semana. Y estas visitas son realizadas por entre 1-2,4 profesionales por visita.

Los perfiles profesionales que más visitas realizan en domicilio son educadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermería y trabajo social. Psiquiatría y psicología clínica realizan un pequeño porcentaje de actividad domiciliaria.

Los profesionales clínicos participan en el diseño del plan terapéutico, la firma del consentimiento informado, actuando como referentes en las decisiones que impliquen cuestiones clínicas.

La satisfacción de los usuarios es alta y muy alta en su gran mayoría, y el grado de adherencia posterior al recurso comunitario, sobre todo CSMIJ y en menor proporción al hospital de día es alta.

En noviembre de 2023, se integraron los últimos CSMIJs al programa de atención a la crisis infantil y juvenil, finalizando así la implementación del programa en todo nuestro territorio.

Más allá de los cambios a nivel del equipo de salud mental infantil y juvenil, con la integración de los nuevos roles profesionales, los valores de esta atención responden al modelo de atención en salud centrado en la persona, equitativo y universal, implicando una mayor participación del niño y adolescente y del entorno cercano de éste en el tratamiento que está llevando a cabo y en la recuperación, y mejorando el vínculo terapéutico con el respeto debido a los derechos de los pacientes.

https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/salut-mental-addicions/programa-atencio-criisi-infantil-i-juvenil-salut-mental.pdf

REFERENCIAS

1. Boege I, Corpus N, Schepker R, Kilian R, Feger JM. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2015;30(5): 583-89. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
2. Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Scherer DG, Hanley JH. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1997;65(5): 821-33. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.65.5.821>

3. Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, Sheidow AJ, Ward DM, Randall J, et al. One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003;42(5): 543-51
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046834.09750.5F>
4. Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, Ward DM, Pickrel SG, Cunningham PB, et al. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1999;38(11): 1331-39.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199911000-00006>
5. Henggeler SW, Schaeffer CM. Multisystemic Therapy(®): Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family process*. 2016;55(3): 514-28.
<https://doi.org/10.1037/0000101-013>
6. Henggeler SW. Multisystemic therapy: clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention*. 2012;21(2): 181-93.
<https://doi.org/10.5093/in2012a12>
7. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen, PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. 2019;19: 412.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>
8. Ougrin D, Corrigan R, Poole J, Zundel T, Sarhane M, Slater V, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry*. 2018;5(6): 477-85.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
9. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17(10): 881-92.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>

R. Ubiría¹ * 
H. Andreu² 
N. Baldaquí² 
C. Díaz Téllez³ 
M. Llobet Farré³ 
A. Morer Liñan^{3,4,5,6} 

1 Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital de La Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.
2 Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.
3 Servicio de Psiquiatría y Psicología infantojuvenil, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.
4 CIBERSAM-ISCIIL, Barcelona, España.
5 Universitat de Barcelona. Barcelona, España.
6 Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica-IDIBAPS. Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

R. Ubiría
Correo: rubiria@santpau.cat

Hebefrenia Autística en 2023: a propósito de un caso clínico

Autistic hebephrenia in 2023, regarding a clinical case

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un varón de 15 años con diagnóstico final de esquizofrenia, mediante el cual se realiza un análisis de los fundamentos de la psiquiatría clásica, particularmente en relación a los autores que abordaron fenomenológicamente los cuadros de psicosis iniciados en la juventud, específicamente la hebefrenia. Aunque el concepto de hebefrenia ha dejado de ser reconocido como un subtipo separado de la esquizofrenia en las clasificaciones actuales, se examina el enfoque clásico para contextualizar y fundamentar el abordaje clínico de un caso reciente. Se describirán las características clínicas del concepto clásico de hebefrenia, incluyendo la aparición temprana en la pubertad, la sucesión de estados afectivos con carácter oscilante, el deterioro cognitivo rápido y la presencia de fenómenos productivos como delirios y alucinaciones accesorios y cambiantes en relación a los estados de ánimo. Además, se menciona la variante de hebefrenia autística caracterizada por aislamiento, apatía, respuestas escuetas e inadecuadas, falta de iniciativa y síntomas depresivos como distimia con agitación.

ABSTRACT

The clinical case of a 15-year-old male with a final diagnosis of schizophrenia is presented, through which an analysis of the fundamentals of classical psychiatry is carried out, particularly in relation to authors who phenomenologically approached psychosis cases initiated in youth, specifically hebephrenia. Although the concept of hebephrenia is no longer recognized as a separate subtype of schizophrenia in current classifications, the classical approach is examined to contextualize and substantiate the clinical approach to a recent case. The clinical characteristics of the classical concept of hebephrenia will be described, including early onset in puberty, the succession of oscillating affective states, rapid cognitive decline, and the presence of productive phenomena such as accessory delusions and hallucinations that change in relation to mood states. In addition, the autistic variant of hebephrenia is mentioned, characterized by isolation, apathy, brief and inadequate responses, lack of initiative, and depressive symptoms such as dysthymia with agitation. While it is important to

Si bien es importante tener en cuenta que el concepto de hebefrenia no es reconocido como subtipo en las clasificaciones actuales del DSM-5 o la CIE-11, este análisis permite comprender las perspectivas históricas y los enfoques fenomenológicos utilizados en el pasado, que nos pueden ayudar en la actualidad.

Palabras clave: Hebefrenia, diagnóstico, psicopatología, esquizofrenia, adolescentes, niños, psicosis de inicio temprano, trastornos del neurodesarrollo.

bear in mind that the concept of hebephrenia is not recognized as a subtype in current classifications such as those of the DSM-5 or the ICD-11, this analysis allows us to understand historical perspectives and phenomenological approaches used in the past, which can assist us in the present.

Keywords: Hebephrenia, course, diagnosis, psychopathology, schizophrenia, adolescents, children, early onset psychosis, neurodevelopmental disorders.

INTRODUCCIÓN

La psicosis en la población adolescente representa un desafío de considerable importancia. El enfoque diagnóstico y el manejo terapéutico de la esquizofrenia en adolescentes son complejos y requieren una detección temprana y una intervención oportuna para minimizar su impacto en el desarrollo y la vida del individuo, pudiendo comportar la demora en el diagnóstico y en el tratamiento consecuencias negativas significativas para los pacientes (1,2).

El término "hebefrenia" fue introducido por Ewald Hecker en 1871 para describir un tipo de psicosis de inicio en la adolescencia caracterizada por comportamiento desorganizado, afecto inapropiado y pensamiento desorganizado (3). Aunque la hebefrenia se consideró durante mucho tiempo una variante de la esquizofrenia, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), eliminó los subtipos de la esquizofrenia que estaban presentes en la edición anterior (DSM-IV-TR). Según el DSM-5, los subtipos de esquizofrenia, incluida la hebefrenia, no son útiles para el diagnóstico o el tratamiento porque no tienen validez predictiva ni influyen en el pronóstico o la elección del tratamiento. En lugar de los subtipos, el DSM-5 presenta una escala dimensional para clasificar la gravedad de los síntomas positivos, negativos, desorganizados, y otros en la esquizofrenia (4).

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su última versión (CIE-11)

también ha eliminado los subtipos de esquizofrenia. Sin embargo, la versión anterior, CIE-10, describe la hebefrenia como un subtipo específico de esquizofrenia, que destaca por sus características particulares. Los cambios afectivos abruptos y el comportamiento errático son prominentes en este subtipo, y su curso suele evolucionar hacia síntomas "negativos", que incluyen aplanamiento afectivo, pérdida de voluntad, y deterioro social y ocupacional (4).

En general, los pacientes con hebefrenia frecuentemente manifiestan un comportamiento y pensamiento desorganizados, con emociones que suelen ser inapropiadas o aplanadas, lo cual dificulta su interacción con el entorno y agudiza el impacto de la enfermedad en su calidad de vida (5).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El caso clínico a tratar es el de un varón de 15 años ingresado por primera vez en la sala de agudos de psiquiatría infanto-juvenil. El motivo de su ingreso es la presencia de un cuadro de alteración conductual que ha evolucionado lentamente durante los últimos cuatro años, con un agravamiento notorio en las últimas semanas previas al ingreso.

El paciente es el mayor de dos hermanos, con un hermano menor de 9 años. Actualmente se encuentra en cuarto año de educación secundaria obligatoria, y su rendimiento escolar ha empeorado significativamente en los últimos años, siendo desde siempre regular. Respecto a su historial médico,

12

presenta poliquistosis renal autosómica dominante, un trastorno heredado por línea materna, y el síndrome de Wolf-Parkinson-White, por el cual fue sometido a cirugía a los tres años.

En cuanto al neurodesarrollo, el paciente alcanzó los hitos correspondientes en tiempo y forma, pero sus padres notaron ciertas particularidades durante sus primeros 12 meses de vida. Mostraba selectividad alimentaria, era propenso a los berrinches, parecía inconsolable y rígido, y presentaba sensibilidad al ruido y al tacto. Además, parecía tener un umbral de dolor más alto de lo normal, no manifestando quejas o malestar después de caídas accidentales o lesiones.

El primer contacto del paciente con los servicios de salud mental fue a la edad de 3 años, debido a dificultades para relacionarse con otros niños y a una actitud retraída en el colegio, objetivadas durante el primer curso de educación infantil. Sin embargo, no se llegó a un diagnóstico y se descartaron trastornos del neurodesarrollo.

A los 11 años, el paciente vuelve a consultar con psiquiatría del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de referencia, esta vez debido a cambios de humor bruscos y una creciente reticencia social. Adicionalmente, expresa constantes preocupaciones obsesivas, principalmente en torno a su salud mental y al paso del tiempo. El paciente describe sentir que el tiempo pasa rápidamente y por ello comienza a tomar fotos de manera recurrente para mantener los recuerdos. Sus padres también notaron períodos de apatía, seguidos por momentos de irritabilidad y agitación, para finalmente presentar un estado ansioso-depresivo.

El paciente comenzó a mostrar anhedonia marcada, lo que afectaba su rendimiento académico y su adaptación en la escuela. Fue diagnosticado de un episodio depresivo y se le prescribió un tratamiento antidepressivo con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. A pesar del tratamiento, no se observaron mejoras significativas en su cuadro clínico.

En los últimos años, el paciente había mostrado un aumento en la frecuencia y duración de los períodos de anhedonia, llevándole a faltar a la escuela y a aislarse cada vez más en su habitación. Su retraimiento social, irritabilidad y ansiedad se habían acentuado, con pérdida de interés en diversas

actividades. Además, comenzó a hacer fugas del hogar sin motivo aparente, con largas caminatas sin un sentido claro, y a encerrarse en el baño durante largos períodos de tiempo. En dichos momentos de encierro, se observó una tendencia al bloqueo del pensamiento y una actitud ensimismada, evidenciada por la falta de contacto visual sostenido y respuestas sin sentido. Se acentuaron los momentos de angustia, iniciando a verbalizar ideas de muerte, ideas de referencia, predominando un discurso vacío, sin concluir un pensamiento de manera precisa, con cada vez menor resonancia afectiva. Asimismo, presentaba momentos de agitación con heteroagresividad.

Finalmente, en las dos semanas previas a su ingreso hospitalario, se evidenciaron alucinaciones auditivas y visuales, y una conducta desorganizada con manierismos, por lo que es derivado al servicio de urgencias. Al ingresar, presentaba movimientos descoordinados y torpes, una marcha irregular y manierismos prominentes.

Al ingreso, se llevó a cabo una evaluación neurológica completa que incluyó pruebas complementarias como electroencefalograma, resonancia magnética cerebral, analíticas específicas y valoración genética, solicitando *microarrays*. En el estudio de *microarrays* (para el que previamente se obtuvo el consentimiento informado del paciente y su familia) no se observaron variaciones en el número de copias catalogadas como patogénicas o de naturaleza no polimórfica. Asimismo, en el estudio de anticuerpos de superficie neuronal, no se detectó inmunorreactividad compatible con la presencia de anticuerpos antineuropilos. En cuanto a los parámetros neurometabólicos, se determinó que la concentración plasmática de guanidinoacetato y creatina se encuentra dentro del rango de referencia, lo cual indica un metabolismo normal en este aspecto. En relación a los aminoácidos, vitaminas y nucleótidos, el perfil plasmático de aminoácidos no presentó alteraciones significativas, lo que sugiere un equilibrio adecuado en los niveles de estos compuestos en el organismo. Estos hallazgos de la valoración neurológica y las pruebas complementarias brindan información importante sobre el estado del paciente en relación a su función neurológica y el metabolismo cerebral. Los resultados sugieren que no hay alteraciones estructurales significativas en el sistema nervioso central y que

los parámetros neurometabólicos, aminoácidos, vitaminas y nucleótidos se encuentran dentro de los rangos normales.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se comenzó con paliperidona a una dosis diaria de hasta 3 mg. Sin embargo, este tratamiento tuvo que interrumpirse después de 72 horas debido a la aparición de síntomas extrapiramidales, acatisia, mayor inquietud y un aumento en los manierismos. Posteriormente, se optó por iniciar gradualmente el tratamiento con olanzapina, con una dosis diaria de hasta 15 mg, y se observó una buena tolerancia. Además, se decidió agregar propranolol a razón de 30 mg al día, dividido en tres tomas, debido a la persistencia de una inquietud elevada.

Tras varios días de aislamiento en su habitación desde su ingreso, empezó a mostrarse más activo tras iniciar el tratamiento. Sin embargo, mantenía una postura estática, ensimismada, y continuaba presentando autorreferencialidad y cierta alteración del curso del pensamiento. Debido a la persistencia de estos síntomas, se decide iniciar clozapina 25mg/día, para cambiar de antipsicótico gradualmente. De forma progresiva, se produjo una disminución significativa en la frecuencia e intensidad de los síntomas positivos. Además, se observó una mejoría en su funcionamiento social, pudiendo sostener el contacto visual y compartir espacios comunes con otras personas, persistiendo de todos modos conductualmente desapercibido, con actitud indiferente y pasiva. Después de un mes de hospitalización, el paciente fue derivado al hospital de día de referencia. Allí, la dosis de clozapina ha alcanzado los 100 mg/día, retirando progresivamente la olanzapina hasta su interrupción. A medida que el tratamiento con clozapina ha progresado, se ha observado una mejora en la capacidad de concentración del paciente, en el curso de su pensamiento, así como en una disminución de la desorganización conductual y de los movimientos anormales, y una mejora en su capacidad para llevar a cabo actividades diarias de manera más autónoma. Si bien la respuesta favorable a la clozapina ha sido notable, todavía existen aspectos pendientes de valorar con la evolución del paciente, como el aplanamiento afectivo y la anhedonia, las cuales persisten de forma moderada.

DISCUSIÓN

El caso clínico expuesto representa un caso de un varón de 15 años con un inicio insidioso y fluctuante de síntomas psiquiátricos que culminó en un cuadro que se ajusta al subtipo de esquizofrenia conocido como Hebefrenia. Kleist y Leonhard en 1945 fueron quienes se enfocaron en el estudio y clasificación de las hebefrenias, dividiéndolas en cuatro subtipos: necia, depresiva, apática y autística. Esta contribución permitió una mayor comprensión y diferenciación de las distintas presentaciones clínicas (6). En relación al caso clínico, el paciente presenta signos de retraimiento social, dificultades para relacionarse, pensamiento desorganizado, y alteración conductual como aislamiento y ensimismamiento. Este caso clínico nos ofrece una valiosa oportunidad para explorar el concepto de hebefrenia, especialmente en su subtipo autístico, y cómo se relaciona con nuestra comprensión actual de la esquizofrenia y su abordaje.

En la práctica clínica, la identificación de características hebefrénicas puede guiar hacia tratamientos más específicos, como la elección de antipsicóticos atípicos y la implementación de terapias cognitivas conductuales y estrategias de manejo de síntomas específicos (7). En cuanto a la importancia de este caso en particular, se hace evidente la necesidad de una detección temprana de los síntomas psicóticos y la intervención inmediata, dada la evolución larvada de los síntomas en este paciente y su impacto en el desarrollo personal, social y académico.

El hecho de que se haya eliminado el término "hebefrenia" de las principales guías de diagnóstico no significa que este concepto haya perdido completamente su valor. En el contexto de la esquizofrenia de inicio temprano, por ejemplo, los síntomas que caracterizaban a la hebefrenia pueden ser muy prominentes. Asimismo, hay evidencia de que estos síntomas, junto con la edad temprana de inicio, pueden asociarse con un peor pronóstico (8).

La hebefrenia autística puede seguir siendo útil para describir una subpoblación específica de individuos con esquizofrenia. Según los autores, estos individuos tienden a aislarse, predominando una actitud ausente y proporcionan respuestas

14

escuetas y a veces inapropiadas al entorno. Aunque estos rasgos pueden ser similares a los observados en los trastornos del espectro del autismo (TEA), también pueden estar presentes en personas con esquizofrenia, particularmente aquellas con un inicio temprano de la enfermedad (9). El autismo y la esquizofrenia, son trastornos distintos con diferentes criterios diagnósticos (10,11,12). Sin embargo, ha habido un considerable solapamiento y confusión en la historia de la psiquiatría con respecto a estas dos condiciones. Eugen Bleuler, quien acuñó el término "esquizofrenia", usó originalmente el término "autismo" para describir la tendencia de los individuos con esquizofrenia a retirarse a un mundo de fantasía (13). Este "autismo" de Bleuler no es el mismo que el TEA, como se define hoy en día.

El abordaje terapéutico de la esquizofrenia de inicio temprano puede ser un desafío. En lo que respecta al tratamiento, los antipsicóticos atípicos, como la olanzapina y la clozapina, han demostrado ser eficaces en el manejo de los síntomas de la esquizofrenia (14). En el caso de este paciente, se inició tratamiento con olanzapina, sin embargo, debido a la persistencia de los síntomas negativos, se decidió iniciar con clozapina.

La clozapina es considerada un fármaco de elección en casos de esquizofrenia resistente al tratamiento (15). En adolescentes, el uso de clozapina puede ser de particular beneficio, debido a la naturaleza temprana y crónica del inicio de la enfermedad (16). Aunque la clozapina es generalmente reservada para casos resistentes al tratamiento debido a su perfil de efectos secundarios, su eficacia en mejorar los síntomas y prevenir las recaídas puede superar estos riesgos en algunos pacientes jóvenes (17-18). Según un metanálisis, la clozapina fue más efectiva que los antipsicóticos de primera y segunda generación para tratar la esquizofrenia resistente al tratamiento (15). Una revisión reciente describió que la clozapina era superior en eficacia a otros antipsicóticos en el manejo de la esquizofrenia de inicio temprano y que las mejoras en los síntomas generales se mantenían a lo largo del tiempo (16). En otro estudio prospectivo y aleatorizado, la combinación de la terapia electroconvulsiva (TEC) y la clozapina resultó en una reducción rápida y sustancial de los síntomas psicóticos en pacientes con esquizofrenia resistente a la clozapina (19). En

resumen, en términos de tratamiento la clozapina parece ser una opción prometedora para este grupo de pacientes, aunque se necesitan más investigaciones para optimizar su uso (14).

CONCLUSIONES

La hebefrenia o esquizofrenia desorganizada, fue considerada como un tipo de Esquizofrenia que describe un patrón de curso psicopatológico, caracterizándose por su aparición temprana, usualmente en la adolescencia, incluyendo síntomas de desorganización en el pensamiento y del comportamiento, dificultades para relacionarse, y la presencia de síntomas negativos (11). Si bien el término "hebefrenia" ya no se utiliza en los manuales DSM-5 ni CIE-11, este concepto histórico puede seguir proporcionando una valiosa perspectiva en nuestra comprensión de la esquizofrenia de inicio temprano.

La hebefrenia puede representar un concepto interesante en la práctica clínica de la psiquiatría, que puede aportar un enfoque más preciso en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicóticos. La importancia de la identificación de este subtipo radica en sus particularidades clínicas y su curso clínico, el cual suele ser crónico y con una evolución más desfavorable en comparación con otros subtipos de esquizofrenia (20, 21).

En conclusión, este caso ilustra los desafíos asociados con el manejo de la esquizofrenia de inicio temprano y destaca la importancia de una mayor investigación para mejorar la comprensión de la esquizofrenia y los trastornos del espectro esquizofrénico en la población adolescente.

FINANCIACIÓN

El trabajo ha sido realizado sin financiación.

CONTRIBUCIONES

Rocío Ubiría y Helena Andreu se encargaron de escribir el primer borrador y posteriormente la versión final del artículo, así como de la revisión de la literatura. Todas las autoras han contribuido en la intervención clínica del caso y en la aceptación de la versión final del documento.

CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras declaran que no existe conflictos de intereses relacionados con este reporte de caso. No hay relaciones financieras, personales o profesionales que puedan percibirse como influencias potenciales en los resultados o conclusiones presentados en este artículo.

Es importante destacar que el abordaje del caso se llevó a cabo con la máxima objetividad y adhesión a la integridad científica. El enfoque principal de los autores fue generar datos confiables que contribuyan al cuerpo existente de conocimiento en el campo, sin influencias externas que puedan comprometer la validez de la información reportada.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento a las personas e institución que contribuyó en el proyecto y que llevaron adelante el abordaje del paciente al cual se hace referencia. En particular, agradecer al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Clinic de Barcelona. Además, agradecemos el apoyo y la asistencia brindada por la Dra. Inmaculada Baeza, que con su experiencia y orientación garantizó la precisión del trabajo con su estímulo continuo durante todo el proceso.

También deseamos extender nuestro sincero agradecimiento a los participantes que ofrecieron su tiempo y compartieron sus valiosos conocimientos, lo que hizo posible este trabajo, por su disposición para participar y proporcionar los datos necesarios. Y, sobre todo, agradecemos enormemente a la familia del paciente el consentimiento para comunicar el caso.

REFERENCIAS

1. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med.* 2012 Sep;42(9):1857-63. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002960>
2. Remschmidt H, Theisen F. Early-onset schizophrenia. *Neuropsychobiology.* 2012;66(1):63-9. <https://doi.org/10.1159/000339375>.
3. Hecker E. (1871). Die Hebefrenie: Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. *Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin,* 52(2), 394–429. <https://doi.org/10.1007/BF02329963>
4. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization.
5. Peralta, V., Cuesta, M. J. (2001). How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophrenia Research,* 49(3), 269–285. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(00\)00071-2](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(00)00071-2)
6. Vallejo Nágera J. A. *Tratado de psiquiatría.* Salvat, Madrid, 1945.
7. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., ... & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin,* 39(6), 1296-1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
8. Rapoport JL, Giedd JN, Gogtay N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update. *Molecular Psychiatry.* <https://doi.org/10.1038/mp.2011.153>
9. Leonhard K. (1979). *The classification of endogenous psychoses.* Irvington. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1992 Aug;60(8):296-304. <https://doi.org/10.1055/s-2007-999149>.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Goldberg JF, Calabrese JR, Saville BR, Frye MA, Ketter TA, Suppes T, et al. ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *Journal of clinical psychiatry.* 2009;70(4): 458-66. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04381>
12. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>
13. Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias.* New York: International

- Universities Press. *Schizophr Bull.* 2011; 37(3): 471-9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>.
14. Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red, M.P. (2015). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. CIBERSAM. https://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/Gu%C3%ADaPEPinfanciaAdolescencia_v5.0.pdf
 15. Siskind D, McCartney L, Goldschlager R, Kisely S. Clozapine v. first- and second-generation antipsychotics in treatment-refractory schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016 Nov;209(5): 385-92. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.177261>
 16. Pagsberg AK, Tarp S, Glintborg D, Stenstrøm AD, Fink-Jensen A, Correll CU, Christensen R. Acute antipsychotic treatment of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2020;59(3): 353-66. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.025>
 17. Cohen D, Bonnot O, Bodeau N, Consoli A, Laurent C. Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology.* 2010;30(3): 253-60. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181d052b3>
 18. Schimmelmann BG, Walger P, Schultze-Lutter F. (2021). The Significance of At-Risk Symptoms. *Can J Psychiatry.* 2013;58(1): 32-40. <https://doi.org/10.1177/070674371305800107>
 19. Petrides G, Malur C, Braga RJ, Bailine SH, Schooler NR, Malhotra AK, Kane JM, Sanghani S, Goldberg TE, John M, Mendelowitz A. Electroconvulsive Therapy Augmentation in Clozapine-Resistant Schizophrenia: A Prospective, Randomized Study. *Am J Psychiatry.* 2015;172(1): 52-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13060787>
 20. Walker EF, Bollini AM. Pubertal neurodevelopment and the emergence of psychotic symptoms. *Schizophrenia Research.* 2002;54(1-2):17-23. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(01\)00353-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(01)00353-4)
 21. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HMK, Sanchez-Toledo JP, Zarate C, Maggini C. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability. *Schizophrenia Research.* 2008;98(1-3): 6-15. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.08.019>

Cristina Lamborena Ramos¹ * 
Bernardo Sánchez Fernández² 
Javier Sánchez Martínez³ 
Valentín Bote Pérez⁴ 
Raquel Medina Blanco⁵ 
M^a Jesús Arranz Calderón⁶ 
Amaia Hervás Zúñiga⁷ 

1 Psiquiatra del Servicio Infanto-Juvenil del Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

2 Jefe de hospitalización del servicio infanto-juvenil del Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

3 Psicólogo de la Unidad Tea del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

4 Psiquiatra Unidad TEA del Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

5 Psiquiatra del Servicio Infanto-Juvenil del Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

6 Genetista y coordinadora del laboratorio de investigación de la Fundación Hospital Mútua Terrassa, Barcelona, España.

7 Psiquiatra del Servicio Infanto-Juvenil del Hospital Mútua Terrassa. Coordinadora de Unidad de TEA Hospital de Mutua Terrassa, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Cristina Lamborena Ramos

Correo: clamborena@mutuaterrassa.cat

Uniendo las piezas del puzzle: Paciente con Trastorno del Espectro del Autismo con sintomatología afectiva mayor y tics

Putting the pieces of the puzzle together: Patient with Autism Spectrum Disorder with major affective symptoms and tics

RESUMEN

Los trastornos del espectro del autismo (TEA) afectan la comunicación social con una presencia de intereses, conductas o lenguaje estereotipado y de anomalías sensoriales que comienzan en la primera infancia y continúan a lo largo de la vida. La prevalencia de TEA es del 1-2%, siendo la ratio chicos/chicas de 3:1. El 50-70% de los pacientes con TEA presentan comorbilidad con TDAH, 40% con trastornos de ansiedad, 11% con tics y un 10% con trastornos depresivos. Es fundamental considerar la posibilidad de que una persona con TEA sufra un cuadro depresivo y estar alerta ante los síntomas que puedan englobarse dentro de dicho trastorno, teniendo en cuenta que las personas con TEA tienen dificultades para detectar y expresar sus emociones. Es fundamental no considerar que todo lo que expresa conductual y cognitivamente está directamente relacionado al autismo. La depresión puede no manifestarse de la misma manera que en las personas con desarrollo típico. Los tics son

ABSTRACT

Autism spectrum disorders affect social communication with the presence of stereotyped interests, behaviors or language and sensory abnormalities that begin in early childhood and continue throughout life. The prevalence of ASD is 1-2%, with a boy to girl ratio of 3:1. 50-70% of patients with ASD have comorbidity with ADHD, 40% with anxiety disorders, 11% with tics and 10% with depressive disorders. It is also essential to consider the possibility of a person with ASD suffering from a depressive disorder and to be alert to symptoms that may be included in this disorder, bearing in mind that people with ASD have difficulties in detecting and expressing their emotions. It is essential not to consider that everything expressed behaviorally and cognitively is directly related to autism. Depression may not manifest itself in the same way as in people with typical development. Tics are repetitive, non-

18

movimientos repetitivos, no rítmicos y estereotipados, que resultan de las contracciones musculares súbitas, abruptas, involuntarias y no propositivas. El DSM-5 engloba los trastornos de tics dentro de los trastornos del neurodesarrollo y los integra dentro de los trastornos motores. La presencia de tics crónicos se ha descrito en el 9% de niños con TEA mientras que su asociación con el Síndrome de Tourette (ST) se daría en el 4.8% de los casos. En muchos casos, los tics coexisten con otros movimientos o comportamientos involuntarios y repetitivos como las estereotipias. Los pacientes con TEA y tics pueden cumplir los criterios diagnósticos de ST, lo que puede dificultar considerablemente su diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Trastorno del espectro del autismo, episodio depresivo mayor, tic fónico, Síndrome de Gilles de la Tourette.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro del autismo (TEA) afectan a la comunicación social con una presencia de intereses, conductas o lenguaje estereotipado y de anomalías sensoriales que comienzan en la primera infancia y continúan a lo largo de la vida. Se estima que la prevalencia de TEA es del 1-2% con una ratio chico/chicas de 3:1. La etiología del TEA es multifactorial, interviniendo factores genéticos, epigenéticos y ambientales (1).

La presencia de otro trastorno psiquiátrico o enfermedad médica es altamente prevalente en la población con TEA. En torno al 50-70% de los pacientes con TEA presentan comorbilidad con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), un 40% presenta un trastorno de ansiedad, un 11% presenta tics y un 10% presenta trastornos depresivos. Es fundamental considerar la posibilidad de que una persona con TEA sufra un cuadro depresivo y estar alerta ante los síntomas que puedan englobarse dentro de dicho trastorno, teniendo en cuenta que las personas con TEA tienen dificultades para detectar y expresar sus emociones. Para ello es fundamental no considerar que todo lo que expresa conductual y cognitivamente está directamente

rhythmic, stereotyped movements resulting from sudden, abrupt, involuntary, non-purposive muscle contractions. The DSM-5 includes tic disorders within neurodevelopmental disorders and integrates them into motor disorders. The presence of chronic tics has been described in 9% of children with ASD, while their association with Tourette Syndrome occurs in 4.8% of cases. In many cases, tics coexist with other involuntary movements or behaviors. Patients with ASD and tics may meet the diagnostic criteria for TS, which can make their differential diagnosis considerably more difficult.

Keywords: Autism spectrum disorder, depressive major episode, phonic tic, Tourette Syndrome.

relacionado al autismo. Es importante saber que la depresión puede no manifestarse de la misma manera que en las personas con desarrollo típico y desterrar el concepto de que las personas con autismo no pueden sentir emociones fuertes (depresión, tristeza, angustia, etc.). Las personas con autismo tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar depresión que en la población general, considerándose la afección de salud mental más común entre ellas (2).

Los tics se han definido como movimientos repetitivos, no rítmicos y estereotipados, que resultan de las contracciones musculares súbitas, abruptas, involuntarias y no propositivas. Se clasifican según su cualidad (motores o vocales) y su expresividad clínica (simples o complejos). Pueden presentarse de forma aislada o en combinación, y su curso clínico puede ser transitorio o crónico (3).

El DSM-5 engloba los trastornos de tics dentro de los trastornos del neurodesarrollo y los integra, junto al trastorno de la coordinación y el trastorno de movimiento estereotipados, dentro de la categoría de trastornos motores. Se considera, pues, un trastorno del movimiento dentro de una visión neurológica estricta y un trastorno del neurodesarrollo desde una visión más neuropsiquiátrica, junto al trastorno por déficit de atención/hiperactividad, los trastornos

específicos del aprendizaje, los trastornos de la comunicación y los trastornos del espectro autista. La presencia de tics crónicos se ha descrito en el 9% de niños con TEA mientras que su asociación con el Síndrome de Tourette (ST) se daría en el 4,8% de los casos. En muchos de estos casos, los tics coexisten con otros movimientos o comportamientos involuntarios y repetitivos como las estereotipias. Los pacientes con TEA y tics pueden cumplir los criterios diagnósticos de ST, lo que puede dificultar considerablemente su diagnóstico diferencial.

Criterios diagnósticos del **trastorno de Tourette (ST) en DSM-5** son (3):

- a. En algún momento, a lo largo de la enfermedad han existido tics motores múltiples y uno o más tics vocales, aunque no necesariamente de forma simultánea.
- b. Los tics pueden aumentar y disminuir en frecuencia, pero han persistido durante más de un año desde la aparición del primer tic.
- c. El inicio es anterior a los 18 años.
- d. El problema no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: cocaína) o una enfermedad (por ejemplo: enfermedad de Huntington, encefalitis post-viral).

CASO CLÍNICO

Se trata de un menor de 17 años con diagnóstico de TEA, TDAH y discapacidad intelectual leve, derivado a unidad de hospitalización terapéutica de TEA del Hospital Universitario Mútua de Terrassa (UHTEA) Barcelona, España desde la unidad de crisis del Hospital Parc Taulí debido a la presencia continua de gritos de año y medio de evolución que se han acentuado en frecuencia e intensidad en los últimos meses.

Antecedentes personales somáticos a destacar:

Agnesia renal derecha, miopía. En marzo de 2022, durante uno de los ingresos en la unidad de crisis del Hospital Parc Taulí a raíz de la presencia de rectorragias y dolor abdominal, se le diagnostica de enfermedad de Crohn íleo-cólica (A1b B1 L3) durante el periodo de hospitalización por parte de salud mental.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos: diagnosticado de TEA con discapacidad intelectual leve y TDAH. Entre los años 2020 y 2022 ha realizado cuatro ingresos en la unidad de crisis del hospital Parc Taulí debido a la presencia de episodios de alteración conductual en forma de gritos y heteroagresividad verbal y física hacia terceros.

Como antecedentes psiquiátricos familiares, hay que destacar un familiar de 2º grado con esquizofrenia, y dos familiares de segundo grado con trastornos afectivos.

Como antecedentes psicobiográficos:

Es el mayor de dos hermanos. Padres separados, custodia compartida, si bien, reside la mayor parte del tiempo con el padre.

En cuanto a hitos de neurodesarrollo destacan: el embarazo transcurrió sin incidencias. Parto instrumental en la semana 40 con dificultades respiratorias. Estuvo en la incubadora durante tres días. Agnesia renal derecha con nefromegalia compensada izquierda. Mantuvo lactancia materna hasta los cuatro meses, luego artificial con buena adherencia. A nivel psicomotriz, inicia la deambulación al año, sin gateo previo. Los padres destacan retraso en la adquisición del lenguaje además de referir que era un niño solitario, con escaso contacto ocular, no jugaba con iguales y poseía muchas alteraciones sensitivas (no toleraba los ruidos, se irritaba ante el tacto de determinados tejidos). Por todo lo anterior, es derivado a salud mental desde donde recibe el diagnóstico de TEA, TDAH y discapacidad intelectual leve (CIT 55). A nivel genético se detectan dos variantes genéticas de significado incierto: 17q21.31x3 de 486 KB y XP22.3x2 de 840 Kb. Se realiza entonces estudio de genes vinculados a discapacidad intelectual detectándose una variante en heterocigosis c.703C>T en el gen FOXP2 (NM_001172766).

Episodio clínico actual:

Desde el año 2020 aproximadamente, coincidiendo con el periodo de confinamiento justificado por la pandemia de la Covid-19, inicia un cuadro de sintomatología afectiva mayor

en forma de apatía, aislamiento en domicilio y pensamientos suicidas. Durante este periodo se inician la presencia de gritos episodios y puntuales sin motivo o desencadenante aparente. A medida que estos gritos, son vividos por el adolescente de forma egodistónica y se incrementan en frecuencia e intensidad, va encontrándose peor de estado de ánimo; más irritable, apático y llegando a verbalizar ideación suicida “quiero irme al cielo para dejar de gritar”, “dejadme gritar, sino grito voy a quedarme sin voz”. El paciente refiere la presencia de crisis de angustia con manifestaciones somáticas en forma de palpitations, sensación subjetiva de disconfort torácico y cefalea. Debido a la presencia de estos gritos continuos con clara interferencia sobre la calidad de vida y funcionamiento global del paciente, ha requerido varios ingresos en unidades de hospitalización de agudos sin clara mejoría. Dada la evolución tórpida del cuadro se considera ingreso en la unidad de hospitalización terapéutica de TEA (UHTEA). A la llegada se encuentra en tratamiento psicofarmacológico con budesonida 3 mg 3-0-0 (en pauta descendente), azatioprina 50 mg 1-0-0, clomipramina 75 mg 1-0-1, risperidona 1 mg 1-1-1, clonazepam gotas 10-5-10, levomepromazina 25 mg antes de dormir.

Evolución durante el ingreso:

El paciente ingresa de forma voluntaria y programada en nuestra unidad, ninguno de los progenitores se quedaba a dormir, si bien a medida que avanza el ingreso han realizado pernoctas puntuales en la unidad para acompañar al paciente, mostrándose colaboradores en todo momento.

Durante el ingreso se realiza observación directa del funcionamiento y comportamiento, objetivándose una limitación funcional en relación a síntomas propios del TEA (elevada rigidez cognitiva, alexitimia, presencia de rituales e intereses restringidos (fútbol, pokemon, reggaetón), hipersensibilidad auditiva y táctil). Además de sintomatología comórbida: presencia continua de gritos de considerable intensidad, siendo inicialmente diarios asociados a dolor intenso visceral somático en relación a descompensación aguda de enfermedad de Crohn, episodios de coprolalia, bajo estado de ánimo

global y autoestima con tendencia a la clinofilia y al aislamiento.

A partir de la sintomatología observada, se marcan como objetivos principales del ingreso el identificar la funcionalidad de los gritos, tratar el cuadro depresivo, trabajar la identificación de emociones complejas y la expresión de las mismas, identificar los factores que desencadenan (o influyen) los episodios de gritos, búsqueda de estrategias preventivas de los episodios de desregulación y estrategias adaptativas para gestionarlos una vez que aparecen en lugar del grito, incorporación paulatina a sus entornos habituales (escolar, social, familiar). Los programas están integrados en la dinámica diaria de la unidad, con un modelaje constante por parte del personal terapéutico, así como una intervención intensiva a lo largo del día en todos los contextos.

Al inicio del ingreso, presenta una descompensación aguda de la enfermedad de Crohn en forma de consistentes episodios de rectorragias y dolor abdominal, además de conductas auto estimulatorias del ano. Se interconsulta a Gastroenterología para valoración, quién a través de pruebas complementarias: analítica general en la que se objetiva anemia ferropénica que requiere de la administración intravenosa de 1 gr de hierro, en la enteroscopia que se le había realizado previamente al ingreso ya se objetivaban varias lesiones ulceradas en el íleo, además de una profunda en recto que podría motivar el malestar general, dolor y conductas autoestimulatorias anales; se ajusta el tratamiento farmacológico.

A nivel psicopatológico; se observa un bajo estado de ánimo con tendencia a la clinofilia. Se objetivan las situaciones en las que grita llevando a cabo un registro de los episodios (llegándose a cuantificar 43 gritos en un día). En la mayoría de las situaciones se objetiva que el grito lo vive de forma egodistónica verbalizando “si no grito me voy a quedar sin voz”, “estoy muy malito”, “me voy a morir”. Se trata de un discurso sobrevalorado en relación a un humor depresivo no reconducible con la argumentación lógica. En otras situaciones el grito aparece para expresar molestia respecto a algo que no quiere hacer, para hacer peticiones o como expresión emocional del malestar físico. En estas ocasiones la vivencia del grito es egosintónica.

Observamos que el grito se sucede de forma rápida, intermitente, teniendo el paciente la necesidad imperiosa de realizarlo y describe una “tensión interior” al intentar reprimirlo, con sensación de alivio tras la realización del mismo. En la mayoría de las ocasiones lo realiza acompañado de un movimiento ritualizado de extensión del tronco superior y del cuello. Ante este patrón se plantea la hipótesis de que se trate de un tic fónico y tics motores complejos y se orienta el caso como un Síndrome de Gilles de la Tourette.

Los tics se caracterizan por ser muy influenciados por diferentes situaciones, pudiendo aumentar (tanto en cantidad como en calidad) con el estrés, la ansiedad, la excitación, la fatiga, el aburrimiento, el calor. Algo que claramente observábamos en el paciente en la unidad. Estos se incrementaban en intensidad cuando estaba solo, cuando los padres no estaban por motivos logísticos en la unidad, cuando se frustraba o interponía un límite o se recordaba una norma. Se observa que es capaz de reprimir el tic de forma temporal cuando se le pedía que no lo hiciera o bien mediante la distracción.

La presencia de tics tenía una clara interferencia y repercusión sobre el estado emocional, el funcionamiento y la autoestima, de forma que desde la unidad también se trabajó este aspecto; resaltando sus puntos fuertes, valorando positivamente todos los esfuerzos y pequeños logros que iba haciendo día a día mediante el material “árbol de la autoestima”.

A nivel de intervención: se trabaja la identificación y expresividad emocional (tanto positivas como negativas) buscando estrategias alternativas al grito. Se han trabajado estrategias de regulación emocional para lo que ha sido importante identificar posibles detonantes del grito, de los factores protectores que facilitan su estabilidad emocional (soporte y acompañamiento de una figura de confianza como son los padres). Paralelamente se realiza un trabajo de modulación de la voz mediante actividades motivadoras, con canciones de su artista favorito. A lo largo del ingreso, cuando se valora una motivación para el cambio, se implementa un sistema de reforzamiento diferencial a tasas bajas (30 min sin gritar) que resulta progresivamente efectivo.

Para realizar ajuste en el tratamiento psicofarmacológico, se considera realizar un estudio farmacogenético. El mismo describe aquellos fármacos

que presentan un perfil metabolizador más afín. Con ello, se considera la sustitución de la clomipramina por la fluoxetina alcanzando dosis de 60 mg/día. Dada la presencia de dicho discurso delirante de carácter nihilista, ruina y culpa además de la verbalización de ideas de muerte congruentes con el estado de ánimo se considera iniciar tratamiento con clozapina tras informar al paciente y familia que muestra su total conformidad y realizando hemogramas semanales según protocolo. En cuanto a la introducción de clozapina, si bien se tolera inicialmente bien, incrementar la dosis de forma progresiva hasta dosis de 100 mg/día. El paciente presenta episodios de inquietud psicomotriz con espasmos, tras los episodios de gritos y ausencias posteriores que nos hacen descartar una posible comicialidad.

Se realiza interconsulta a Neurología quien realiza una exploración neurológica completa, EEG y resonancia magnética cerebral. Dichas pruebas complementarias descartan la presencia de lesiones ocupantes de espacio, así como la comicialidad de las crisis antes, durante o después del grito. Se retira progresivamente la clozapina dada la mejoría en la esfera afectiva y remisión de la sintomatología delirante.

A nivel farmacológico; tras la optimización de la fluoxetina a dosis de 60 mg/día mejora francamente el humor, se va vinculando a las actividades propuestas durante el ingreso, desapareciendo los tiempos de aislamiento en la habitación.

En paralelo, siguiendo la orientación del grito como la presencia de un tic fónico dentro del ST en un paciente con TEA que ha sufrido un cuadro afectivo mayor.

Finalmente, y al alta, además de la fluoxetina 60 mg/día, se introduce progresivamente el aripiprazol hasta alcanzar dosis de 5 mg/día y guanfacina hasta 3 mg/día siendo buena la tolerabilidad y respuesta clínica. El insomnio de 2ª fase logra remitir con la introducción de clotiapina hasta dosis de 60 mg/día y se normaliza el patrón del sueño.

Finalmente, y al alta, además de la fluoxetina 60 mg/día, se introduce progresivamente el aripiprazol hasta alcanzar dosis de 5 mg/día y guanfacina hasta 3 mg/día siendo buena la tolerabilidad y respuesta clínica. El insomnio de 2ª fase logra remitir con la introducción de clotiapina hasta dosis de 60 mg/día y se normaliza el patrón del sueño.

Los gritos van disminuyendo en frecuencia e intensidad de forma que se le permiten permisos al domicilio con los padres que transcurren sin incidencias. Verbaliza su voluntad de regresar al domicilio y centro escolar.

Desde la unidad se ha trabajado con ambos progenitores realizando sesiones con psiquiatría y psicología clínica de forma semanal. Se ha realizado psicoeducación en relación al TEA así como incorporar estrategias de identificación de posibles desencadenantes de desregulación emocional y propicios al grito. A nivel escolar, se vincula de forma progresiva hasta llegar a acudir todos los días.

DISCUSIÓN

Orientación diagnóstica: TEA/ Depresión/ Síndrome Gilles de la Tourette

El TEA es una enfermedad del desarrollo frecuente con una prevalencia de hasta el 1,5% en países occidentales, de presentación clínica heterogénea. Las manifestaciones cardinales del síndrome no han cambiado sustancialmente desde su descripción inicial e incluyen déficits en la comunicación/interacción social y la presencia de comportamientos sensitivo-motores inapropiados y repetitivos (1).

Cabe mencionar que la depresión es el problema de salud mental más frecuente presente en el los individuos con autismo.

En cuanto a los individuos con TEA y depresión; la detección de sintomatología afectiva mayor en el autismo puede ser complicada por el solapamiento fenotípico entre ambos, ya que muchas de las características que sustentan el autismo también se manifiestan en los síntomas depresivos como sería el retraimiento social, las alteraciones en el patrón del sueño, el aplanamiento afectivo o la reducción del contacto visual. Esto podría conllevar un infra diagnóstico de los trastornos afectivos en individuos con TEA.

También hay determinadas características cognitivas de los individuos con TEA que podrían afectar la precisión diagnóstica de la depresión en estos individuos como las dificultades que presentan en reflexionar e informar de la propia experiencia

emocional interna (alexitimia) o la interpretación literal que realizan de determinadas preguntas.

Las herramientas desarrolladas para la población general menos sensibles a la hora de identificar depresión en TEA debido a que no hay ítems específicos para el autismo, la única específica para TEA y depresión Child and Adolescent Symptom Inventory-4 CASI-4.

Tener en cuenta síntomas determinantes de depresión en TEA como la pérdida de absorción en un interés especial, la presencia de episodios de agitación, el que haya un cambio en el patrón de sueño, siendo el predictor más fuerte el de la anhedonia (ausencia en la capacidad de experimentar placer).

La presencia de tics crónicos se ha descrito en el 9% de niños con TEA mientras que su asociación con el Trastorno de Gilles de la Tourette se daría en el 4,8% de los casos. La prevalencia de tics motores y/o fónicos en el autismo sin discapacidad intelectual puede llegar hasta el 8%. En muchos de estos casos, los tics coexisten con otros movimientos o comportamientos involuntarios y repetitivos como las estereotipias. Los pacientes con autismo y tics pueden cumplir los criterios diagnósticos de Tourette, lo que puede dificultar considerablemente su diagnóstico diferencial (3).

Los tics comparten algunas coincidencias fenomenológicas con el comportamiento ritualista rígido y las estereotipias motoras del TEA. La estereotipia es un patrón de movimiento que se repite continuamente durante un período en la misma forma y en múltiples ocasiones y que es típicamente distraíble. Las estereotipias son conductas motoras repetitivas y forman parte de los criterios diagnósticos del TEA. Aunque son distintas de los tics, pueden ser etiquetadas erróneamente como tales. Fenomenológicamente, existen claros vínculos entre el concepto de tic y el de estereotipia (5).

Con respecto a las estereotipias se ha sugerido lo siguiente: el inicio se produce a edades más tempranas (<2 años) que el de los tics (inicio medio: 6-7 años); son más constantes en el tiempo y patrón (por el contrario, los tics tienden a disminuir en intensidad y frecuencia durante la adolescencia); implican los brazos, las manos o todo el cuerpo entero (en lugar de parpadeos, muecas faciales, giros de cabeza o encogimiento de hombros); son más rítmicos, como aleteos y movimientos (los

tics tienden a ser rápidos y aleatorios); son suelen ser más continuos y de duración más prolongada; y no se asocian con impulsos premonitorios o deseos de reducir una tensión interna. Sin embargo, tanto las estereotipias como los tics tienden a ocurrir durante períodos de excitación o estrés. Los impulsos premonitorios que preceden a los tics descritos en el ST son reportados como sensaciones somato-sensoriales desagradables, ya sea en los músculos, partes del cuerpo o la cabeza (Tabla 1).

En cuanto al abordaje de los tics, de entrada, no todos los pacientes con tics requieren de tratamiento. Consideramos un abordaje más intensivo cuando la presencia de éstos implica un deterioro sobre el funcionamiento de la persona. Para el tratamiento específico de los tics contamos con diferentes opciones (Tabla 2):

1. Tratamiento farmacológico.
2. Tratamiento conductual.
3. Estimulación magnética transcraneal.

4. Tratamiento neuroquirúrgico.

Los dos primeros grupos constituyen tratamientos bien establecidos, mientras que los dos últimos se consideran procedimientos aún en investigación.

A nivel de tratamiento conductual; técnicas básicas de modificación de conducta más estudiadas son:

- Reversión del hábito: entrenamiento para contrarrestar el impulso que lleva a realizar el tic con una acción voluntaria que lo evite.
- Exposición con prevención de respuesta: entrenamiento para tolerar el impulso e inhibir el tic.

La del sistema dopaminérgico se considera la principal disfunción neuroquímica en el ST; de hecho, el primer y principal grupo farmacológico empleado en el tratamiento de los tics fue el de los antipsicóticos o neurolépticos, cuyo mecanismo fundamental es el bloqueo de los receptores D2 postsinápticos.

Tabla 1. (10).

Características	TICS	ESTEREOTIPIAS
Edad inicio	6-7	<2
Evolución	Disminuye de intensidad y frecuencia en la adolescencia	Evolución crónica
Supresión	SÍ, voluntaria, asociada a tensión interna y efecto rebote posterior.	Menos frecuente, rara vez conscientes de dichos movimientos
Más frecuentes	Oculares, muecas faciales	balanceo, aleteo
Urgencia premonitoria	SÍ	NO
Duración	Breve (segundos, minutos)	Continua
Movimiento tipo		
Vocalizaciones	Siempre. necesarias para el diagnóstico (gritos, carraspeo, tos).	Puede presentarse (en forma de palabras o frases)
Factores desencadenantes	Situaciones de estrés, ansiedad, aburrimiento, cansancio.	
Direccionalidad	Hacia terceras personas u objetos	Hacia ellos mismos
Presencia en población	Población neurotípica o con trastornos en el neurodesarrollo.	En trastornos en el neurodesarrollo.
Definición y descripción	Movimientos repentinos, intermitentes, arrítmicos, repentinos que pueden llevar a sucederse durante el sueño y que sí tienen una finalidad.	Movimientos rítmicos que siguen un patrón, repetitivos, sin una finalidad.
Hª familiar	SÍ	SÍ

Tabla 2. Principales tratamientos utilizados en los tics (4).

	Fármaco	Dosis inicial	Dosis mantenimiento	Eficacia(nivel evidencia)*	Perfil de seguridad	Evidencia
NEUROLÉPTICOS	Haloperidol	0,5-1 mg/día	Niños: 0,5-3 mg/día ,	A	3	3ª línea
	Pimozida	0,5-1 mg/día	Niños: 1-4 mg/día ,	A	3	2ª línea
	Fluzenazina	0,5-1 mg/día	Niños: 0,25-3 mg/día	B	3	3ª línea
	Tiaprida	50-100 mg/día (2mg/Kg/día)	2-10 mg/kg/día	B	1	2ª línea
	Sulpirida	50-100 mg/día (2mg/Kg/día)	2-10 mg/kg/día	B	1	2ª línea
	Risperidona	0,25 mg/día	Niños: 0,25-3 mg/día	A	1	1ª línea, especialmente si comorbilidad TOC.
	Olanzapina	2,5-5 mg/día	Niños: 2,5-10 mg/día	B	1	2ª línea
	Quetiapina	50 mg/día	Adultos: 300-450 mg/ día	C	1	3ª línea
	Ziprasidona	5-10 mg/día	Niños: 5-20 mg/día	B	1	2ª línea
	Aripiprazol	2,5 mg/día	Niños: 2,5-15 mg/día	A	1	1ª línea
AGENTES ADRENÉRGICOS	Clonidina	0,025 mg/día	Niños: 0,025-0,3 mg/ día	A	1	1ª línea: especialmente si coexiste TDAH
	Guanfacina	0,5 mg/día	Niños: 0,5-3 mg/día	A	1	2ª línea: especialmente si coexiste TDAH
	Atomoxetina	≤ 70 Kg: 0,5 mg/ Kg/día > 70 Kg: 40 mg/ día	70 Kg: 1,2 mg/Kg/día > 70 Kg: 80 mg/día (máx , 100 mg/día)	B	1	2ª línea: exclusivamente si coexiste TDAH

Notas: 1. Eficacia (nivel de evidencia): A = basado en al menos 2 ensayos clínicos controlados “doble-ciego” con asignación aleatoria y resultados concordantes; B= basado en 1 ensayo clínico controlado “doble-ciego” con asignación aleatoria, o en 2 o más con resultados discordantes; C= basado en ensayos no controlados y series de casos.

2. Perfil de seguridad (riesgo de efectos adversos significativos): 1 = riesgo bajo; 2 = riesgo medio; 3 = riesgo elevado.

3. Preferencia terapéutica orientativa: 1ª línea = nivel de evidencia A y riesgo bajo; 2ª línea = nivel de evidencia A y riesgo medio, o nivel de evidencia B y riesgo bajo; 3ª línea = nivel de evidencia A y riesgo elevado, o nivel de evidencia B y riesgo medio/ elevado, o bien nivel de evidencia C con cualquier perfil de seguridad.

CONCLUSIONES

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo frecuente (con una prevalencia de hasta el 1.5% en países occidentales, de presentación clínica heterogénea (1).

La depresión supone una condición psiquiátrica frecuente en los individuos TEA. Sin embargo; tanto las características distintivas de los individuos con TEA como las características cognitivas de esta condición podrían afectar la utilidad de estas medidas tradicionales para detectar con precisión la depresión en poblaciones con TEA (5,6).

En ellos, la depresión puede evidenciarse en forma de inquietud psicomotriz, insomnio y anhedonia y no manifestarse con sentimientos de tristeza. Es fundamental tener en cuenta que los rasgos asociados con el autismo pueden superponerse con algunos síntomas de depresión, haciendo que los signos verdaderos de depresión sean difíciles de detectar. Por ejemplo, el retraimiento social, las dificultades para dormir, la falta de expresión de afecto y el déficit de contacto visual están asociados con la depresión y con el autismo.

El informe SPICE del Parlamento escocés ha reconocido el problema de la mortalidad en las

personas autistas, que tienen hasta nueve veces más probabilidades de morir por suicidio que la población general. Existe una necesidad evidenciada y clínica de entender mejor la depresión en el autismo específicamente en poblaciones de niños y adolescentes.

Desde la década de los ochenta, inicialmente con casos aislados, y con series de casos después, se han publicado varios trabajos que describen tasas de comorbilidad del Síndrome de Gilles de la Tourette y autismo muy superior a las esperadas simplemente por azar y que indican abiertamente la existencia de mecanismos etiopatogénicos comunes en la asociación de ambos trastornos (7).

Además, el TEA puede presentar otros signos neuropsiquiátricos que, sin formar parte de los criterios diagnósticos, pueden ser relativamente frecuentes. La presencia de tics crónicos se ha descrito en el 9% de niños con TEA mientras que su asociación con el Trastorno de Tourette se daría en el 4,8% de los casos. En muchos de estos casos, los tics coexisten con otros movimientos o comportamientos involuntarios y repetitivos como son las estereotipias y que forman parte de los criterios diagnósticos del TEA. Todo ello puede dificultar considerablemente el diagnóstico diferencial entre ambas entidades (8,9,10). En cuanto a la aportación de los estudios de farmacogenética; nos permiten determinar qué variantes genéticas afectan a las enzimas que metabolizan los fármacos y sus dianas. Estas variantes pueden incrementar o reducir significativamente la eliminación de fármacos del cuerpo y determinar su eficacia y seguridad. El ajuste de las dosis clínicas o la selección del tratamiento más adecuado de acuerdo con el perfil farmacogenético del paciente lo que mejora la respuesta clínica y disminuye la presencia de reacciones adversas como en el caso de nuestro paciente (11).

CONFLICTOS DE INTERESES

Sin conflictos de intereses declarados por los autores.

FINANCIACIÓN

Trabajo realizado sin financiación.

AGRADECIMIENTOS

A la familia por su implicación durante todo el proceso terapéutico. Gracias a todo el equipo multidisciplinar de la Unidad de Hospitalización terapéutica del Hospital Mutua de Terrassa quienes hacen posible mejorar el funcionamiento global y calidad de nuestros pacientes y familias. Por seguir mejorando la salud mental infanto-juvenil, haciendo de la dificultad y reto, una oportunidad para seguir mejorando.

REFERENCIAS

1. Hervas A, Rueda I. Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista [Conduct disorders in autism spectrum disorders]. *Rev Neurol*. 2018 Mar 1;66(S01): S31-S38. Spanish.
2. Stewart TM, Martin K, Fazi M, Oldridge J, Piper A, Rhodes SM. A systematic review of the rates of depression in autistic children and adolescents without intellectual disability. *Psychology and Psychotherapy*. 2022;95(1): 313-44. <https://doi.org/10.1111/papt.12366>
3. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013;12(2): 92-8. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>
4. Consenso Nacional Sobre el Síndrome de Tourette. [Internet]. 2020 Mar 16. <https://www.sen.es/component/content/category/220-consenso-nacional-sobre-el-sindrome-de-tourette?Itemid=437>
5. Darrow SM, Grados M, Sandor P, Hirschtritt ME, Illmann C, Osiecki L, et al. Autism spectrum symptoms in a Tourette's disorder sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017;56(7): 610-7. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.002>
6. Hanks CE, Lewin AB, Mutch PJ, Storch EA, Murphy TK. Social deficits and autism spectrum disorders in Tourette's syndrome. *Current developmental disorders reports*. 2015;2(4): 285-92. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0060-8>
7. Myers EF, Follmer RK, Zinner SH. Autism spectrum disorder and tourette syndrome: Commonalities

- 26 and connections. *Current developmental disorders reports*. 2016;3(4), 210-2.
<https://doi.org/10.1007/s40474-016-0097-3>
8. Salamanca AA. Síndrome de Gilles de la Tourette y trastornos del espectro autista: a propósito de un caso. *Psiquiatría Biológica*. 2009;16(4): 175-8.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3096940>
 9. Radoeva PD, Ballinger K, Ho T, Webb SJ, Stobbe GA. Brief report: Risk and protective factors associated with depressive symptoms among autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022;52(6): 2819-24.
<https://doi.org/10.1007/s10803-021-05085-7>
 10. Rizzo, R, Gulisano, M, Domini C, Ferro M, Curatolo, P. The Relationship between Autism Spectrum Disorder and Tourette syndrome in Childhood: An Overview of Shared Characteristics. *Journal of Pediatric Neurology*. 2017;15.
<https://doi.org/10.1055/s-0037-1602821>
 11. Hernandez MH, Bote V, Serra-Llovich A, Cendros M, Salazar J, Mestres C, et al. CES1 and SLC6A2 Genetic Variants as Predictors of Response To Methylphenidate in Autism Spectrum Disorders. *Pharmgenomics Pers Med*. 2022 Nov 8;15: 951-957. <https://doi.org/10.2147/PGPM.S377210>

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
 - 2.8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.9. Agradecimientos, si los hubiere
 - 2.10. 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 (Tsyrovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

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

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

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

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.