

EDITORIAL

Programación fetal metabólica en la salud mental.

Clemente García-Rizo

3

ARTICULO ORIGINAL

TEPT y Ansiedad en niños y adolescentes 2 años posterior al terremoto de 2016 en Unidades Educativas de la ciudad de Portoviejo, Ecuador

R. Acosta Hernández, M. Sanango Jara, F. Carrión Suárez, H. Pereira Olmos

6

Acoso escolar, conductas autolesivas, ideación, e intentos autolíticos en una muestra clínica de un centro de salud menta

Patricia Alcindor-Huelva, Alicia M. Delgado-Campos, Lourdes Sipos-Gálvez, Carmen Fernández-Úbeda, José J. Rodríguez-Solano

14

Identificando compulsiones en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista

A. E. Ortiz, Clara Espelt, Mireia Rosa, Olga Puig, Luisa Lázaro, Rosa Calvo

24

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Princesas de cristal

Ana López Recalde, Ignacio López-Goñi y Azucena Díez

41

NORMAS DE PUBLICACIÓN

43



Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza Pertegaz
(direccion.revista@aepnya.org)

Secretaría

Paloma Varela Casal
(secretaria.revista@aepnya.org)

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Carballo Belloso
Enrique Ortega García
Antonio Pelaz Antolín
Rafael de Burgos Marín
Francisco Ruiz Sanz
Francisco Díaz Atienza
Isabel Hernández Otero
Óscar Herreros Rodríguez
Covadonga Martínez Díaz-Caneja
Francisco Montañés Rada
Carmen Moreno Ruiz
Soraya Otero Cuesta
Helena Romero Escobar
Pedro Manuel Ruíz Lázaro
José Salavert Jiménez

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno Parcillos

Vice-presidente: José Ángel Alda Díez

Secretario: Carlos Imaz Roncero

Tesorera: Beatriz Payá Gonzalez

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro García

Presidenta Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio Morell

Vocales: Rafaela Caballero Andaluz,

C. Pilar Baos Sendarrubias y Kristian Naenen Hernani

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

<i>J. Córdoba Rodríguez</i>	<i>V. López-Ibor Camós</i>
<i>J. de Moragas Gallisa</i>	<i>J. Rom i Font</i>
<i>C. Vázquez Velasco</i>	<i>J. Tomás i Vilaltella</i>
<i>L. Folch i Camarasa</i>	<i>J.L. Alcázar Fernández</i>
<i>A. Serrate Torrente</i>	<i>M. Velilla Picazo</i>
<i>F.J. Mendiguchía Quijada</i>	<i>M.J. Mardomingo Sanz</i>
<i>M. de Linares Pezzi</i>	<i>M. D. Domínguez Santos</i>
	<i>J. Castro Fornieles</i>

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Indizada en Academic Search Premier, Fuente

Academica Plus Evaluada en LATINDEX.

Catálogo v1.0 (2002 - 2017), CARHUS

Plus+ 2018

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

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

2019. Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Esta obra se encuentra bajo Licencia Creative Commons
CC BY-NC-ND 4.0

Esta publicación sigue los lineamientos definidos por
COPE (<https://publicationethics.org/>)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN:1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Publicación trimestral
Soporte Técnico:



Medellín, Colombia

Tel.: (+57) 316 7322347

www.jasolutions.com.co / info@jasolutions.com.co

Programación fetal metabólica en la salud mental

Clemente García-Rizo

Unidad de Esquizofrenia, Hospital Clínic, Instituto de Neurociencias, Universidad de Barcelona, CIBERSAM, IDIBAPS, Barcelona, España
Correo electrónico: cgarcia3@clinic.cat
ORCID: [0000-0002-4855-1608](https://orcid.org/0000-0002-4855-1608)

El concepto de programación fetal metabólica, entendido como toda una serie de modificaciones epigenéticas que sufre el feto durante su periodo intrauterino en respuesta a los estímulos recibidos de la madre orientado a asegurar su supervivencia (1), tiene una importancia añadida en la salud mental infanto-juvenil. Actualmente se considera que los trastornos mentales severos (TMS), esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor entre otros, tiene su origen en una combinación gen-ambiente, siendo las complicaciones obstétricas un factor ambiental bien replicado en diferentes estudios (2). La presencia de complicaciones obstétricas en estos pacientes se ha asociado a una edad de inicio más precoz del TMS (3), por ende, una mayor incidencia en la etapa infanto-juvenil.

La impronta de las complicaciones obstétricas en la salud mental está sufriendo un importante cambio de paradigma, asociado al desarrollo de la investigación sobre el efecto en la población general. Los estudios iniciales de David Barker en Inglaterra mostraron como un marcador indirecto del ambiente intrauterino como el peso al nacer puede estar asociado al desarrollo de diferentes patologías médicas en la edad adulta, como la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), la obesidad abdominal o las enfermedades cardiovasculares (ECV) (4). Barker argumentaba que un factor limitante importante del desarrollo intrauterino era la nutrición (inició su investigación observando que ciertos lugares de Inglaterra donde sus habitantes presentaban una elevada mortalidad por ECV también habían presentado unas elevadas tasas de mortalidad neonatal, en gran parte por malnutrición de la madre). Por tanto, una falta de nutrición adecuada condiciona

que la madre induzca en el feto una serie de cambios metabólicos -afectando entre otros a los mecanismos de regulación de la glucosa - donde se promueve preservar el desarrollo de ciertos órganos -cerebro- en detrimento de otros para optimizar el desarrollo. Sin embargo si posteriormente el individuo programado para un entorno de bajo acceso a los nutrientes se encuentra en un entorno hipocalórico estos cambios se vuelven desadaptativos y condicionan el desarrollo de diferentes enfermedades como DMT2 (estudiada inicialmente como paradigma de la programación fetal) o ECV. Es importante destacar que Barker demostró que no solo los bajos pesos al nacer (asociados a la malnutrición materna), sino pesos elevados también (posible efecto de la diabetes gestacional), se correlacionaba de manera cuadrática al desarrollo posterior de DMT2, ECV y otras patologías médicas.

Estos hallazgos son importantes en salud mental, puesto que, históricamente, antes del uso de psicofármacos, ya se había descrito una asociación entre TMS y alteraciones de la glucosa (5), refrendada posteriormente con estudios en población naïve, que no habían tomado ningún psicofármaco (6) y meta-análisis (7). Esta interesante e insospechada relación también se asocia a una reducción en la esperanza de vida y aumento de la morbilidad médica de los pacientes, incluso desde el debut de la patología psiquiátrica (8). En este contexto, se ha sugerido una traslación conceptual de la programación fetal de Barker (el desarrollo programado de un fenotipo ahorrador ante la limitación de acceso a nutrientes) a psiquiatría (9). Debido a la alta prevalencia de complicaciones obstétricas (no solo la malnutrición- la principal causa estudiada de activación de los procesos de programación fetal- sino otros

estresores intrauterinos como infecciones, alteraciones de la placenta o estrés materno), en los pacientes diagnosticados de TMS (2) se estaría promoviendo el desarrollo de una programación metabólica específica destinada a aumentar la supervivencia del individuo en la edad adulta en un entorno de malnutrición. Sin embargo, en la sociedad occidental y en individuos recibiendo tratamiento farmacológico, asociado a un frecuente abuso de sustancias y hábitos de vida poco saludables, estos mecanismos se convierten en totalmente desadaptativos y terminan favoreciendo el desarrollo de diferentes enfermedades médicas como DMT2 o ECV.

Aunque se trata de un modelo teórico que explica parcialmente la elevada carga médica de los pacientes y su reducida esperanza de vida, diferentes estudios en estos últimos años han probado su traslación a salud mental. Para ello, dentro del ámbito de la salud mental, y como utilizara inicialmente Barker, se ha considerado el peso al nacer (marcador indirecto del ambiente intrauterino) y su correlación con parámetros metabólicos en la edad adulta, DMT2, obesidad abdominal e incremento de peso asociado al uso de antipsicóticos.

En un estudio poblacional, se ha demostrado que el peso al nacer modifica la asociación entre el diagnóstico de TMS y el desarrollo de DMT2 (10). Específicamente esta asociación existente en población general es mayor en pacientes diagnosticados con esquizofrenia y tendría una relación cuadrática, es decir tanto pesos al nacer muy bajos como muy altos se asociarían a una mayor prevalencia de DMT2. En un estudio longitudinal a dos años en pacientes con un primer episodio psicótico, el incremento de peso asociado al uso de psicofármacos se ha correlacionado con el peso al nacer, sin embargo, de manera lineal y no cuadrática, posiblemente porque se trataba de pacientes que ya habían recibido tratamiento previo al inicio del estudio (11). En otro estudio longitudinal de 16 semanas de duración, el peso al nacer sí que se asoció de manera cuadrática con el incremento de peso asociado al tratamiento con olanzapina en una cohorte de pacientes con un primer episodio psicótico pero que nunca habían realizado tratamiento farmacológico (12). Y por último, en un estudio transversal, el peso al nacer se correlacionó de manera inversa con el perímetro abdominal en un grupo de pacientes en tratamiento con clozapina con diagnóstico de esquizofrenia refractaria (13). Es decir, los pacientes con pesos al nacer más bajos presentaban mayor obesidad abdominal. A destacar que en el estudio previo, también se evaluaron a individuos sin patología psiquiátrica y a pacientes con un primer episodio psicótico sin tratamiento previo, y en ambos grupos no se encontraron asociaciones significativas.

Intuitivamente, las alteraciones intrauterinas no solo estarían condicionando cambios metabólicos en los pacientes, sino que las “cicatrices” derivadas de estos eventos perinatales (14) deberían implicar a su vez alteraciones a nivel neuroanatómico (15), cognitivo (16) y psicopatológico (17).

Por tanto el estudio de la programación fetal metabólica puede ayudar a profundizar en el estudio del efecto de los eventos perinatales en la compleja heterogeneidad de los TMS, incidiendo en una mayor especificidad de los datos, destacando la influencia de la temporalidad del evento y el sexo fetal (18), así como el tipo de complicaciones obstétricas (19). A través de esta nueva aproximación a las bases fisiopatológicas de la patología médica en el paciente con salud mental, se puede promover un mayor interés en el tema y el desarrollo de nuevos estudios traslacionales que permitan establecer recomendaciones terapéuticas destinadas a reducir la elevada morbilidad y mortalidad precoz de nuestros pacientes (20).

REFERENCIAS

1. Gluckman PD, Hanson MA. *Developmental origins of Health and Disease*. New York: Cambridge University Press; 2006.
2. Pugliese V, Bruni A, Carbone EA, Calabrò G, Cerminara G, Sampogna G, et al. Maternal stress, prenatal medical illnesses and obstetric complications: Risk factors for schizophrenia spectrum disorder, bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2019; 271: 23–30. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.023>
3. Buoli M, Bertino V, Caldiroli A, Dobra C, Serati M, Ciappolino V, et al. Are obstetrical complications really involved in the etiology and course of schizophrenia and mood disorders? *Psychiatry Research*. 2016; 241:297–301. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.014>
4. Hales CN, Barker DJ. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis. *Diabetologia*. 1992;35(7):595–601. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1644236>
5. McIntyre RS, Mancini DA, Pearce MM, Silverstone P, Chue P, Misener VL, et al. Mood and Psychotic Disorders and Type 2 Diabetes: A Metabolic Triad. *Can J Diabetes*. 2005;29(2):122–32.
6. Garcia-Rizo C, Kirkpatrick B, Fernandez-Egea E, Oliveira C, Bernardo M. Abnormal glycemic homeostasis at the onset of serious mental illnesses: A common pathway. *Psychoneuroendocrinology*. 2016; 67:70–75. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.02.001>
7. Greenhalgh AM, Gonzalez-Blanco L, Garcia-Rizo C, Fernandez-Egea E, Miller B, Arroyo MB, et al. Meta-analysis of glucose tolerance, insulin, and insulin resistance in antipsychotic-naïve patients with nonaffective psychosis. *Schizophr Res*. 2017;179:57–63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.026>
8. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. Burne T,

- editor. PLoS One. 2013 Jan 25;8(1):e55176. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23372832>
9. Garcia-Rizo C, Fernandez-Egea E, Bernardo M, Kirkpatrick B. The thrifty psychiatric phenotype. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Jan;131(1):18–20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25041130>
 10. Garriga M, Wium-Andersen MK, Wium-Andersen IK, Nordentoft M, Osler M. Birth dimensions, severe mental illness and risk of type 2 diabetes in a cohort of Danish men born in 1953. *Eur Psychiatry*. 2019 Oct 7;62:1–9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31505317>
 11. Garcia-Rizo C, Bioque M, Mezquida G, Amoretti S, Cuesta M, Díaz-Caneja CM, et al. Birth weight and antipsychotic induced weight gain: A prenatal programming approach in the PEPs study. *Schizophr Res*, Press. 2020;
 12. Garriga M, Fernandez-Egea E, Mallorqui A, Serrano L, Oliveira C, Parellada E, et al. Antipsychotic-induced weight gain and birth weight in psychosis: A fetal programming model. *J Psychiatr Res*. 2019 May 4; 115:29–35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.05.004>
 13. Ziauddeen H, Garcia-Rizo C, Bernardo M, Kirkpatrick B, Ozanne SE, Jones PB, et al. Association of birth weight and the development of antipsychotic induced adiposity in individuals with treatment resistant schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016 Jun;26(6):972–8. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X16300062>
 14. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature*. 2010 Nov 11;468(7321):187–93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21068826>
 15. Costas A, Garcia-Rizo C, Bitanirwe BKY, Penades R. Obstetric complications and brain imaging in schizophrenia: a systematic review. *Undere Rev Psychol Med*. 2019;
 16. Freedman D, Bao Y, Kremen WS, Vinogradov S, McKeague IW, Brown AS. Birth weight and neurocognition in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2013 May 1; 39(3):592–600. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22378899>
 17. Mezquida G, Fernandez-Egea E, Treen D, Mané A, Bergé D, Savulich G, et al. Difficulties in delivery and depressive symptomatology in schizophrenia. *Rev Esp Psi Salud Ment*. Press. 2020;
 18. Ellman LM, Murphy SK, Maxwell SD, Calvo EM, Cooper T, Schaefer CA, et al. Maternal cortisol during pregnancy and offspring schizophrenia: Influence of fetal sex and timing of exposure. *Schizophr Res*. 2019; 213:15–22. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.002>
 19. Mezquida G, Fernandez-Egea E, Treen D, Mane A, Berge D, Savulich G, et al. Obstetric Phenotypes in the Heterogeneity of Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2018; 206(11): 882–886. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000897>
 20. Garcia-Rizo C, Bitanirwe BKY. Implications of Early Life Stress on Fetal Metabolic Programming of Schizophrenia: A Focus on Epiphenomena underlying Morbidity and Early Mortality. *Under Rev Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. Press. 2020;

R. Acosta Hernández¹

M. Sanango Jara¹

F. Carrión Suárez^{2 **}

H. Pereira Olmos³

¹ Especialista en Pediatría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

² Especialista en Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

³ Máster en Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

****AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Dr. Freddy Carrión S.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador:

Av. 12 de Octubre 1076 y Ramón Roca, Torre 1, Piso 11, Oficina 15
Apartado postal 17-01-2184, Quito, Ecuador.

Correo electrónico: fgcarrion@puce.edu.ec

ORCID: [0000-0001-9712-9895](https://orcid.org/0000-0001-9712-9895)

*TEPT y Ansiedad en niños y adolescentes 2 años posterior al terremoto de 2016 en Unidades Educativas de la ciudad de Portoviejo, Ecuador**

PTSD and Anxiety in children and adolescents 2 years after the 2016 earthquake in schools and high schools of Portoviejo, Ecuador

RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una de las consecuencias de la exposición a desastres naturales más frecuente e incapacitante en niños, quienes representan la población más vulnerable para desarrollarlo, por lo que el médico pediatra debe estar preparado para identificar los rasgos y características de estos trastornos y poder realizar un diagnóstico oportuno.

Objetivo: determinar la presencia de TEPT y ansiedad en los niños y adolescentes que presenciaron el terremoto de abril del 2016 en la Provincia de Manabí, en las unidades educativas Antonio Meléndez, María de la Merced y Francisco Pacheco.

Metodología: estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo, analítico, con 271 niños de 9 -14 años. Encuestas: factores sociodemográficos y económicos, Escala Infantil de Síntomas de

Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS), la Escala de Ansiedad de Spence; datos fueron procesados con SPSS V22. Los estadísticos OR y Chi cuadrado, IC 95% y *p* menor a 0.05.

Resultados: TEPT se presentó en 18,1% y el Trastorno de Ansiedad en 23,1%, mayor en el sexo femenino para ambos trastornos, el trastorno de ansiedad presentó una diferencia significativa en los escolares respecto a los adolescentes, la probabilidad de presentar comorbilidad entre ambos trastornos fue elevada.

Conclusiones: el TEPT está presente en niños de la zona a dos años del terremoto del 2016, el sexo femenino y los niños de menor edad presentan mayor riesgo.

Palabras clave: escala de ansiedad de spence, escala infantil de síntomas de trastorno de estrés postraumático, terremoto Ecuador 2016, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad.

*Artículo basado en la Tesis de Grado intitulada "Determinación de trastorno de estrés postraumático y ansiedad en niños y adolescentes de 10 a 14 años de edad en Unidades Educativas de la ciudad de Portoviejo, 2 años posterior al terremoto de abril del 2016 en el periodo de julio a diciembre del 2018" para optar al título de Especialista en Pediatría, año 2018. Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de los autores mencionados.

ABSTRACT

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is one of the consequences of exposure to natural disasters more frequent and disabling in children, who represent the most vulnerable population to develop it, so the pediatrician must be prepared to identify the features and characteristics of this disorders and being able to make an opportune diagnosis.

Objective: to determine the presence of PTSD and anxiety in children and adolescents who witnessed the earthquake of April 2016 in the Province of Manabí, in the educational units Antonio Meléndez, María de la Merced and Francisco Pacheco

Methodology: observational, cross-sectional, retrospective, descriptive, analytical study, with 271 children aged 9-14 years. Surveys: sociodemographic and economic factors, Childhood Scale of Post-Traumatic Stress Symptoms (CPSS), the Spence Anxiety Scale; data were processed with SPSS V22. The OR and Chi square statistics, 95% CI and p less than 0.05.

Results: PTSD was presented in 18.1% and the Anxiety Disorder in 23.1%, higher in the female sex for both disorders, the anxiety disorder presented a significant difference in the students with respect to the adolescents, the probability of presenting Comorbidity between both disorders was high.

Conclusions: PTSD is present in children in the area two years after the earthquake of 2016, females and younger children are at greater risk.

Keywords: spence anxiety scale, childhood scale of posttraumatic stress disorder symptoms, Ecuador 2016 earthquake, post-traumatic stress disorder, anxiety disorder.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un tipo de Trastorno de Ansiedad reactivo que se desarrolla luego de experimentar un evento traumático de tipo emocional con amenaza a la vida, se puede presentar a cualquier edad y su respuesta se relaciona con factores genéticos, emocionales, historias de antecedentes traumáticos y por el ambiente familiar. Afecta a ambos géneros, pero es más frecuente en mujeres (Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU, 2018).

La clínica del TEPT puede sentar sus bases en tres grandes criterios diagnósticos: los síntomas relacionados con la reexperimentación (manifestándose como flashbacks), los relacionados con la conducta de evitación de situaciones similares al evento original que puedan recordarlo y finalmente, los que se refieren a la amnesia y la hiperactivación; es posible su detección al implementar la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático/*Child PTSD Symptom Scale* (CPSS), así como la Escalada de Ansiedad Infantil de Spence para diagnosticar trastornos de ansiedad en edades pediátricas (Andrades, 2016)

Estos trastornos pueden ser consecuencias de la exposición a desastres naturales y son más frecuente e incapacitante en niños, quienes representan la población más vulnerable para desarrollarlo, por lo que el médico pediatra debe estar preparado para identificar los rasgos y características de este trastorno y poder realizar un diagnóstico oportuno, de esta manera evitar la prolongación del problema y sus consecuencias negativas en la salud mental de la víctima.

El día 16 de abril de 2016, a las 18h58 minutos, la Republica de Ecuador sintió un terremoto de 7.8 grados (escala de Richter), cuyo epicentro fue en las ciudades de Portoviejo y las parroquias de Pedernales y Cojimies (provincia de Manabí). Por la destrucción de la infraestructura y las pérdidas humanas se lo consideró como una de l más importantes de la historia republicana y se destinaron enormes sumas de dinero a la atención de las víctimas, priorizando la atención a niños, niñas y adolescentes (y demás grupos vulnerables). Dos años

después de este evento, existe información limitada del estado de esta población y del impacto de la intervención tanto estatal como privada (Redacción BBC, 2018).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico.

Población y Muestra

La población objeto del presente estudio incluyó un total de 886 alumnos con edades comprendidas entre 10 a 14 años de las Unidades Educativas Antonio Meléndez, María de la Merced y Francisco Pacheco del área de influencia del terremoto del año 2016.

La muestra fue obtenida a través de un muestreo aleatorio simple entre los sujetos que conformaron el universo, hasta completar el número establecido obtenido con la fórmula muestral, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5%, la muestra final fue de 271 alumnos.

Procedimientos de recolección de información: se procedió a reunir a los alumnos seleccionados en la muestra y se les proporcionó un asentimiento informado, con la explicación de los detalles sobre en qué consiste la investigación y cómo pueden participar, se les entregó así también el consentimiento informado para ser firmado por sus respectivos padres y/o representantes legales, posterior a lo cual se les administraron los diferentes test elegidos para lograr los objetivos propuestos. Para la recopilación de la información relacionada a factores económicos, sociodemográficos se envió a los padres de los niños incluidos en el estudio el respectivo cuestionario para el efecto, el mismo que fue retornado por los estudiantes de manera confidencial en un sobre cerrado.

Instrumentos para recolección de la Información: se incluyeron únicamente los que presentaran firmados el asentimiento informado propio y el consentimiento informado de sus padres y se procedió a aplicar los instrumentos:

- **Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático/Child PTSD Symptom Scale (CPSS):** se basa en los criterios diagnósticos

del DSM-5, consta de 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno que va de 0 (nunca) a 4 (9 veces o más), con un puntaje total que oscila entre 0 y 68 puntos, está compuesta por de 3 sub-escalas: Reexperimentación (5 ítems), Evitación (7 ítems) y Aumento de la Activación (5 ítems) (Andrades, 2016). Para interpretar los resultados se establece la presencia de al menos 1 síntoma de Reexperimentación, 3 de Evitación y 2 de Aumento de activación para considerar que una persona presenta el trastorno (Rincón , Cova, Bustos , Aedo, & Valdivia, 2010)

- **Escalada de Ansiedad Infantil de Spence:** consiste en un cuestionario autoadministrado con 44 ítems los cuales tienen cuatro opciones de respuesta que van desde 0 (nunca) a 3 (siempre), sirve para evaluar los seis trastornos de ansiedad que se presentan en la etapa infanto-juvenil más frecuentes (Hernández-Guzmán, y otros, 2010). Se encuentra apegada a la clasificación diagnóstica de los trastornos de ansiedad del DSM-5, conformada por 6 ítems miden ansiedad de separación, 6 trastorno obsesivo-compulsivo, 6 pánico, 3 agorafobia, 6 fobia social, 6 ansiedad generalizada, y 5 miedo al daño físico, adicionalmente presenta 6 ítems de relleno que no se califican, cuya función es la de disminuir el impacto del sesgo negativo que produzca el listado de problemas (Hernández-Guzmán, y otros, 2010).
- **Cuestionario de factores económicos, sociodemográfico:** se trata de un cuestionario diseñado especialmente para esta investigación para la recolección de información socio-demográfica

Técnica de investigación: encuesta aplicada con guía del investigador a la fuente de datos representados por los niños y adolescentes participantes en la investigación.

Plan de análisis de datos: se realizó con el programa estadístico SPSS versión 22, para el análisis de las variables cuantitativas se determinaron medidas de

posición, tendencia central y dispersión, para las variables cualitativas se obtuvieron porcentajes y frecuencia. El análisis bivariado para establecer los factores asociados a la presencia de TEPT se realizaron con pruebas de asociación OR e inferencia estadística con Chi cuadrado y en todos los casos se consideró con diferencias significativas si p era menor a 0.05 con IC de 95%

RESULTADOS

Las características demográficas de la población se describen en la Tabla 1.

El Trastorno de Ansiedad se presentó en el 23,1% ($n= 64$) de los participantes, los síntomas de re-experimentación agruparon el 50.9% ($n= 141$) del total, los síntomas de evitación se observaron en el 22,4% ($n= 62$), el aumento de actividad fue evidenciados en el 38,6% ($n= 107$) de los participantes.

El Trastorno de Estrés Postraumático se presentó en un grupo de participantes que incluyó al 18,1% ($n= 50$). La presencia conjunta de Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno de Ansiedad se evidenció en el 14,1% ($n= 39$) de la muestra.

Al relacionar el sexo con la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático se observó que existe 2,4 veces más probabilidad de riesgo que el sexo femenino pueda presentar este trastorno comparado con el sexo masculino, pudiendo aumentar este hasta 5,0 veces más. ($p < 0,05$)

La relación entre el sexo con la presencia de Trastorno de Ansiedad se observó que existe 3,4 veces más probabilidad de riesgo que el sexo femenino pueda presentar este trastorno comparado con el sexo masculino, aunque este riesgo puede aumentar a 6,6 veces más. ($p < 0,001$)

Al relacionar la probabilidad de riesgo de padecer Trastorno de Ansiedad su asociación con los grupos etarios, se observó que existe 2,2 veces más probabilidad de riesgo de que los alumnos del grupo etario de escolares entre 7 a 11 años puedan presentar este trastorno comparado con los adolescentes de 12 a 14 años, pudiendo aumentar este riesgo hasta 4 veces más. ($p < 0,05$)

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombres	112	40.4
Mujeres	165	59.6
Grupo Etario		
7 a 11 años	117	42.2
12 a 13 años	157	56.7
14 a 16 años	3	1.1
Zona de residencia		
Urbana	215	77.6
Rural	62	22.4
Salario Familiar		
Menor a 1 salario básico unificado	145	52.3
De 1 a 2 salarios básicos unificados	86	31
Mayor a 2 salarios básicos unificados	46	16.6
Tipo de familia		
Monoparental (madre)	44	15.9
Monoparental (padre)	11	4
Nuclear	110	39.7
Extensa	110	39.7
Ausencia de padres	2	0.7
Trastorno de Ansiedad		
Presente	64	23.1
Ausente	213	76.9
Síntomas de Re-experimentación		
Presente	141	50.9
Ausente	136	49.1
Síntomas de evitación		
Presente	62	22.4
Ausente	215	77.6
Aumento de actividad		
Presente	107	38.6
Ausente	170	61.4
Estrés Post Traumático		
Presente	50	18.1
Ausente	227	81.9

Al relacionar la probabilidad de riesgo de padecer Trastorno de Estrés Postraumático asociado a Trastorno de Ansiedad, se observó que existe 28,6 veces más probabilidad de riesgo de presentar TEPT con Trastorno de Ansiedad en comparación con los que no presentan este trastorno, pudiendo aumentar este riesgo hasta 62,9 veces más. ($p < 0,01$).

En la Tabla 2 se describe el resumen de las diferencias significativas entre los alumnos que presentaban un Trastorno de Estrés postraumático y los que no lo presentaron.

DISCUSIÓN

Luego de dos años de haber presenciado el terremoto de abril del 2016, los estudiantes de las escuelas

participantes en la investigación presentan Trastorno de Estrés Postraumático en un 18,1%, cifra que se encuentra dentro del rango de los estudios de Bruce (2014) que señala una incidencia en niños a nivel mundial entre el 15 al 90%. Por su parte Rojas (2016) afirma que esta cifra se encuentra entre el 10 al 25% de la población menor a 16 años.

Respecto al tiempo transcurrido, Andrades (2016), afirma que los síntomas persisten hasta más de un año de presenciar el acontecimiento y en aquellos casos en los que el evento traumático involucra una catástrofe natural, la sintomatología disminuye a partir de los dos años del acontecimiento, en su investigación sobre TEPT en Chile 2010, encontró que la prevalencia fue a los 12 meses del evento fue del 29,9% y descendió al 7,2% a los 24 meses del desastre. El estudio de Lería y Salgado (2016) sobre

Tabla 2. Comparación de los grupos: alumnos con Trastorno de Estrés Postraumático y los que no lo presentaron. Resumen de las diferencias significativas.

Variable	Trastorno de Estrés Postraumático		Total	OR	IC 95%	p valor
Sexo	Presente	Ausente				
Femenino	38 (13,7%)	127 (45,8%)	165 (59,6%)	2,493	1,238-5,021	0,009
Masculino	12 (4,3%)	100 (36,1%)	112 (40,4%)			
Trastorno de Ansiedad						
Presente	39 (14,1%)	25 (9%)	64 (23,1%)	28,647	13,032-62,973	0,000
Ausente	39 (14,1%)	25 (9%)	213 (76,9%)			
Variable	Trastorno de Ansiedad		Total	OR	IC 95%	p valor
Sexo	Presente	Ausente				
Femenino	51 (18,4%)	114 (41,2%)	165 (59,6%)	3,407	1,751-6,630	0,000
Masculino	13 (4,7%)	99 (35,7%)	112 (40,4%)			
Edad						
Escolares	37 (13,4%)	80 (28,9%)	117 (42,2%)	2,278	1,291-4,022	0,004
Adolescentes	28 (9,7%)	133 (48%)	160 (57,8%)			
Variable	TEPT + Trastorno de Ansiedad		Total	OR	IC 95%	p valor
Sexo	Presente	Ausente				
Femenino	32 (11,6%)	133 (48%)	165 (59,6%)	3,609	1,532-8,502	0,001
Masculino	7 (2,5%)	105 (37,9%)	112 (40,4%)			

Fuente: datos de la investigación

este mismo evento en Chile reporta una prevalencia entre el 20 al 30% de TEPT. Otros estudios informan resultados heterogéneos. Tras el terremoto de Haití del 2010, la prevalencia de TEPT en escolares fue de 50 - 68%, reduciéndose a 20,5 - 40,9% un año después (J & Y., 2015). El terremoto en Wechuan (China) mostro una prevalencia en adolescentes de 1,8% luego de 18 meses del evento (Zhang, 2012).

El Trastorno de Ansiedad se presentó en el 23,1% de los participantes, cifra que se encuentra dentro del rango de 4 al 32% a nivel mundial que señala Tayeh, Agámez y Chaskel (2016). Autores como Alarcón, Navia y Macías (2018), en su estudio sobre las consecuencias del terremoto de Esmeraldas del 2016, incluye la ansiedad como una de ellas evidenciada en las consultas de salud mental posteriores al evento. Igualmente Andrade (2017) y Cárdena, Feria, Palacios y Peña (2010) afirman que los estados de ansiedad pueden presentarse como consecuencia de experimentar un evento traumático.

En la presente investigación se evidenció que el sexo femenino presenta Trastorno de Estrés Postraumático en 2,4 veces más probabilidad comparada con el sexo masculino, pudiendo aumentar hasta 5,0 veces más, en concordancia con lo señalado por Andrades (2016), quien afirma que el sexo femenino representa un factor de riesgo para desarrollar TEPT debido a la llamada vulnerabilidad situacional, al igual que Zhang (Zhang, 2012). De igual manera Rojas (2016) afirma que la relación en cuanto a presencia de TEPT es el doble en las mujeres en comparación con los hombres. Por su parte Cova y otros (2013) en Chile 2010 encontraron que 6 meses posterior al evento la prevalencia TEPT del 30,4% en el sexo femenino.

En comparación con los estudios realizados por Briceño y otros (2013) en Chile posterior al terremoto y tsunami del año 2010, igualmente pudieron constatar que el sexo femenino presentó mayor prevalencia de TEPT respecto al masculino. En este sentido Cova y otros (2013) obtuvieron resultados similares respecto a la mayor prevalencia de participantes femeninas con TEPT en comparación a los masculinos en Chile posterior a ese desastre natural.

El sexo femenino evidenció la presencia de Trastorno de Ansiedad con 3,4 veces más probabilidad de riesgo

comparado con el sexo masculino, pudiendo aumentar a 6,6 veces más, los estudios de Leiva-Bianchi, Candía y Montecino (2014) sobre el desastre ocurrido en Chile en el 2010 señalan que las mujeres tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de pánico y estrés postraumático. Por su parte Castro y Radas (2018), en su revisión de las consecuencias emocionales de los desastres naturales como huracán Mitch de 1998, inundaciones de Perú 2008, entre otros, la prevalencia es mayor en el sexo femenino. Bambarén (2011) señala respecto al terremoto de Perú del 2007 que las atenciones por ansiedad fueron más frecuentes en mujeres.

El riesgo de padecer Trastorno de Ansiedad y Estrés Postraumático juntos en individuos de sexo femenino fue 3,6 veces mayor comparados con el sexo masculino, pudiendo aumentar este riesgo hasta 8,5 veces más, se relaciona con lo que afirman Leiva-Bianchi, Candía y Montecino (2014) en su estudio sobre el desastre natural de Chile 2010, con una comorbilidad en mujeres del 19,1%.

El Trastorno de Ansiedad presentó una asociación de forma significativa con los grupos etarios en esta investigación, con 2,2 veces más probabilidad de riesgo en los alumnos del grupo etario de escolares entre 7 a 11 años comparado con los adolescentes de 12 a 14 años, pudiendo aumentar este riesgo hasta 4 veces más, estos resultados están acordes con los obtenidos por Briceño y otros (2013) en Chile posterior al terremoto y tsunami del año 2010, donde la presencia del trastorno fue mayor en los participantes de 8 y 9 años con una evidente disminución en la medida que aumentada la edad.

Respecto a la edad, los resultados de Cova y otros (2013), aunque no lograron establecer una diferencia estadísticamente significativa entre esta variable y el desarrollo de TEPT, si evidenciaron que la tasa del trastorno fue mayor en los participantes de menor edad.

Al relacionar la probabilidad de riesgo de padecer Trastorno de Estrés Postraumático con Trastorno de Ansiedad, se observó que existe 28,6 veces más probabilidad de riesgo de presentar TEPT asociado con Trastorno de Ansiedad, pudiendo aumentar este riesgo hasta 62,9 veces más, tal como hace referencia Bados (2015) acerca de las consecuencias de presentar TEPT,

entre las que nombra al trastorno de ansiedad como una de las principales. Coincide con lo expresado por De La Barra (2013) quien afirma que es frecuente la comorbilidad del TEP con Trastornos de Ansiedad.

Una de las principales limitaciones del estudio fue el acceso a las unidades educativas, ya que existen algunas restricciones para investigar la niños, niñas y adolescentes, por considerarse un grupo vulnerable. Se evidenció en algunos profesores la minimización de la sintomatología mostrada por los niños y niñas.

CONCLUSIONES

Se determinó la presencia de trastorno de estrés postraumático en los niños y adolescentes de unidades educativas de la ciudad de Portoviejo 2 años después del terremoto de abril del 2016, con mayor prevalencia en niños de ingreso familiar menor a 1 SBE, procedencia urbana, y tipología familiar nuclear y extensa en igual proporción.

La prevalencia de trastorno de ansiedad por estrés postraumático posterior al terremoto fue del 23,1% entre los participantes, con mayor prevalencia del sexo femenino en ambos trastornos.

Respecto a la edad, se evidenciaron cifras mayores de Trastornos de Ansiedad en escolares con diferencias estadísticamente significativas, sin embargo respecto al TEPT no se evidenció diferencias significativas en relación a los grupos etarios.

En cuanto a la tipología familiar y el ingreso económico, no se hallaron diferencias significativas en relación con el TEPT y el Trastorno de Ansiedad.

AGRADECIMIENTOS

A los adolescentes de las instituciones: “Antonio Meléndez”, “María de la Merced” y “Francisco Pacheco”, así como a sus directores, que permitieron que la investigación se realizara en estas instituciones.

REFERENCIAS

1. Alarcón, B., Navia, A., & Macías, Á. (mayo de 2018). Estrés postraumático como consecuencia del terremoto del 16-A en bomberos de la ciudad de Portoviejo. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estres-postraumatico-bomberos.html>
2. Andrade, P. (2017). *Estrategias de afrontamiento de los policías con trastorno de estrés postraumático que actuaron como rescatistas en terremoto de Costa Ecuatoriana del 2016*. <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6611/1/131287.pdf>
3. Andrades, M. (2016). *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2010 en Chile*. <http://eprints.ucm.es/38827/1/T37651.pdf>
4. Bados, A. (mayo de 2015). *Trastornos por Estrés Postraumático*. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
5. Bambarén, C. . Salud mental en desastres naturales. *Rev Psicol Hered*, 2011; 6(1-2), 20-25. <https://doi.org/10.20453/rph.v6i1-2.2066>
6. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. (abril de 2018). *Trastorno de estrés postraumático*. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000925.htm>
7. Briceño, A., Abufhele, M., Dávila, A., Barreau, M., Sommer, K., & Castro, S.. Estrés postraumático en escolares a 8 meses del 27F. *Revista Chilena de Pediatría*, 2013; 84(1), 12-20. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000100005>
8. Bruce, P. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Postraumático en los niños, Una Introducción*. https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/10/PTSD_Spanish_sm.pdf
9. Cárdena, E., Fera, M., Palacios, L., & Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. (D. B.-M. Berenzon, Ed.) México DF, México : Instituto Nacional de Psiquiatría. http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf
10. Castro, J., & Radas, D. Estrés postraumático por el fenómeno del Niño Costero en jóvenes y adultos del Polideportivo del C.P. El Milagro, Distrito Huanchaco, septiembre 2017. *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 2018; 12(17), 28-57. http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2018/numero17vol2_2018_3_estres_post_traumatico.pdf
11. Cova, F., Valdivia , M., Rincón , P., Haquin, C., Sanhueza, F., Melipillán, R., .Alarcón, G.. Estres postraumático en población infatojuvenil post 27F. *Revista Chilena de Pediatría*, 2013; 84(1), 32-41. <http://www.sochipe.cl/Revista-Chilena-de-Pediatría-1-2013/pubData/source/Revista-Chilena-de-Pediatría-1-2013.pdf>
12. De La Barra, F. Trastornos de estrés postraumático en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 2013; 84(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062013000100001>

13. Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Matrínez-Guerrero, J., Aguilae, J., & Gallegos, J. Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2010; 42(1), 13-24. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80515880002.pdf>
14. J, B., & Y., M.. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in two groups of children one year after the January 2010 earthquake in Haiti. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 172(01). Recuperado el 07 de 12 de 2018, de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0165032714006193?returnurl=null&referrer=null>
15. Leiva-Bianchi, M., Candia, C., & Montecino, K.. Factores que influyen la comorbilidad entre trastorno de pánico y estrés postraumático después de terremotos. *Revista de Salud Pública*, 2014; 16(5), 733-743. <https://doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40164>
16. Lería, F., & Salgado, J.. Estré post-traumático y estrés subjetivo en estudiantes universitarios tras aluvión de barro. *Ciencias Psicológicas*, 2016; 10(2). <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4595/459551383003/459551383003.pdf>
17. Redacción BBC. (07 de Diciembre de 2018). Terremoto de magnitud 7,8 en la zona costera de Ecuador deja más de 600 muertos. *BBC Mundo*, 04(20), pág. 1. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160416_ecuador_terremoto_magnitud_colombia_peru_bm
18. Rincón , P., Cova, F., Bustos , P., Aedo, J., & Valdivia, M.. Estrés Postraumático en niños y adolescentes abusados sexualmente. *Revista Chilena de Pediatría*,2010; 81(3), 234-240. https://www.researchgate.net/publication/251070736_Estres_Postrumatico_en_Ninos_y_Adolescentes_Abusados_Sexualmente
19. Rojas , M. Trastorno de Estrés Postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2016; 73, 233-240. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162h.pdf>
20. Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R.. Trastorno de Ansiedad en la infancia y adolescencia. *CCAP*,2016; 15(1), 6-18. <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
21. Zhang, Z. Prevalence of post-traumatic stress disorder among adolescents after the Wenchuan earthquake in China. *Psychological Medicine*, 2012; 42(8), 1687-1693. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002844>.

Patricia Alcindor-Huelva^{1**}
Alicia M. Delgado-Campos¹
Lourdes Sipos-Gálvez²
Carmen Fernández-Úbeda³
José J. Rodríguez-Solano⁴

¹ CSM Puente de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

² Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

³ Universidad Nebrija, España.

⁴ CSM Tetuán, Hospital La Paz, Madrid

****AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Dra. Patricia Alcindor-Huelva

CSM Puente de Vallecas, Calle Peña Gorbea 4, C. P. 28053, Madrid. Teléfono: 91-4778747

Correo electrónico: patricia.alcindor@salud.madrid.org

ORCID: [0000-0002-3821-9118](https://orcid.org/0000-0002-3821-9118)

*Acoso escolar, conductas autolesivas, ideación, e intentos autolíticos en una muestra clínica de un centro de salud mental**

Bullying, deliberate self-harm behaviors, suicidal ideation and attempts in a clinical sample of a mental health center

RESUMEN

El acoso escolar es un problema muy relevante actualmente pero difícil de cuantificar. Se ha demostrado el considerable impacto del acoso escolar sobre la salud mental de los adolescentes. En los últimos años, se han publicado varios artículos relacionando el maltrato entre iguales como factor de riesgo para la aparición de conductas autolesivas, incluyendo los gestos con intencionalidad autolítica.

Metodología: Diseño de un estudio observacional transversal, con una muestra clínica obtenida de un centro de salud mental (Programa de Niños y Adolescentes) en la ciudad de Madrid. Se administró un cuestionario específicamente diseñado para este estudio.

Resultados: Se recopilaron 129 casos en total. De esa muestra, se detectaron 22 casos de acoso escolar (17.1%

de la muestra total del estudio). Se detectaron 26 casos con conductas autolesivas, de los cuales 7 casos habían sido acosados (31%). El porcentaje de autolesiones en el grupo de acoso escolar era mayor que en la población control. En la muestra con historia de acoso escolar era mayor la aparición de ideación autolítica que en la muestra sin acoso escolar. El riesgo de intentos autolíticos en la muestra de acoso escolar no llega a ser estadísticamente significativo.

Conclusiones: Este estudio da una idea del impacto emocional del maltrato entre iguales, sobre todo con consecuencias significativas en la salud mental de los adolescentes.

Palabras clave: acoso escolar, autolesiones, ideación suicida, intento suicida, adolescentes.

*Resultados preliminares presentados en el 63º Congreso Nacional Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Oviedo, 30-31 Mayo y 1 Junio 2019.

ABSTRACT

Bullying is a very relevant issue at present but very difficult to quantify. It has been shown the considerable impact of bullying on adolescents' mental health. In recent years, several articles have been published relating to bullying as a factor of risk with the emergence of deliberate self-harm behaviors, including gestures with suicide intentionality.

Methodology: Cross-sectional observational study design, with a clinical sample obtained from a mental health center (children and adolescent program) in the city of Madrid. A specifically designed questionnaire for this study was administered.

Results: One hundred and twenty-nine cases were collected. From that sample, 22 cases of bullying (17.1% of the total sample) were detected. It was found 26 cases with deliberate self-harm behaviors, of which 7 cases had been bullied (31%). The percentage of deliberate self-harm in the bullying group was higher than in the control group. The sample with a history of bullying was the presence of suicide ideation than the group with no bullying history. The risk of suicide attempts in the bullying sample was not statistically significant.

Conclusions: This study gives a general idea of the emotional impact of this behavior among equals, especially with significant consequences on the mental health of adolescents.

Keywords: Bullying, self-harm, suicidal ideation, suicide attempt, teens.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar es un problema muy relevante en la sociedad actualmente, aunque en realidad, se trata de un fenómeno muy antiguo (1). Este hecho comenzó a estudiarse por primera vez en la década de los 70 por Dan Olweus. Fue definido como “actos intencionales y agresivos realizadas por un grupo o un individuo repetidas veces y continuadas en el tiempo contra una víctima que no se puede defender” (2). El espectro de

conductas acosadoras es amplio. Incluye los insultos, las agresiones físicas y sociales (el ostracismo y la diseminación de rumores) (3).

En un estudio que investigaba la prevalencia de acoso escolar en 33 países estimó que 11.3% de los niños entre las edades de 11 y 15 habían sido víctimas de acoso (4). En 2010 en un estudio a nivel nacional se encontró una prevalencia de acoso escolar de 3.8% en educación secundaria (5). Hay un mayor porcentaje entre los 11 y 12 años, un 5.4%, que decrece con la edad hasta los 2.3% entre los 17-18 años (6). En cuanto a las diferencias de género, en un estudio multinacional se estimó que el acoso escolar en España era de 7.5% en chicos y un 4.3% para chicas (4). Se ha apreciado diferencias según el tipo de agresiones: el acoso verbal y el relacional eran los más frecuentes, con un 14.6% y 13.1%, respectivamente, mientras las agresiones físicas eran 4.1% (6).

En la literatura científica se ha demostrado el impacto del acoso escolar sobre la salud mental de los adolescentes. Una historia de victimización y relaciones sociales pobres predice la aparición de problemas emocionales en adolescentes (7). Los síntomas clínicos más frecuentes en las víctimas de acoso escolar son los siguientes: trastornos de ansiedad (fobia escolar y crisis de ansiedad), trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos y somatizaciones (1). Ser acosado durante los primeros años de escolaridad contribuye a la desadaptación en niños pequeños (8).

En los últimos años, se han publicado varios artículos relacionando el maltrato entre iguales como factor de riesgo con la aparición de conductas autolesivas, incluyendo los gestos con intencionalidad autolítica (9,10). La prevalencia a lo largo de la vida para la aparición de autolesiones se ha sugerido que es 17.2% en adolescentes (11). La victimización en la escuela está asociada con mayor riesgo de tristeza y suicidio entre los adolescentes (12).

Justificación del estudio

Dada la alta prevalencia del acoso escolar en la población juvenil, sobre todo en la educación secundaria, y su clara repercusión en la salud mental, sería beneficioso estimar su relación con la presencia de conductas autolesivas.

Hipótesis

Se postula que podría haber una asociación entre el acoso escolar y la aparición de conductas autolesivas e ideación autolítica en población juvenil.

Objetivos

1. Comparar las frecuencias de trastornos depresivos, y ansiosos entre los grupos de acoso y no acoso escolar.
2. Estimar la asociación entre las conductas autolesivas y la presencia de acoso escolar en esta muestra.
3. Estimar la asociación entre la ideación autolítica y la presencia de acoso escolar en esta muestra.
4. Estimar la asociación entre el intento autolítico y la presencia de acoso escolar en esta muestra.

METODOLOGÍA

El diseño fue un estudio observacional transversal retrospectivo, con una muestra clínica obtenida de un centro de salud mental (Programa de Niños y Adolescentes) en la ciudad de Madrid. Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario hetero-aplicado por los clínicos (psicología y psiquiatría) de la Unidad de Niños y Adolescentes del Centro de Salud Mental de Puente de Vallecas desde enero a marzo 2018. Este cuestionario se pasó a todos los pacientes registrados en las agendas de Psiquiatría y Psicología. Se recogían datos sociodemográficas (edad, sexo, etapa educativa, núcleo de convivencia, situación económica familiar y relaciones con iguales fuera del núcleo familiar), y variables clínicas (motivo de consulta, diagnóstico clínico principal, diagnóstico clínico secundario, antecedentes psiquiátricos personales, acontecimientos vitales estresantes,

acoso escolar, abuso sexual, antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones, consumo de tóxicos, autolesiones, ideas autolíticas, intencionalidad suicida, intentos de suicidio, grado de mejoría global actual, antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia y consumo de tóxicos en la familia). El diagnóstico clínico se hizo según categorías ya predeterminadas (Ver anexo 1).

Este estudio ha sido aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) en noviembre de 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión
 - Paciente con proceso clínico en activo en las agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.
 - Edad 11-18 años.
- Exclusión
 - Pacientes menores de 11 años y mayores de edad con proceso clínico activo en agendas de las terapeutas del equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 22. En un primer lugar, se describieron las frecuencias de las distintas variables sociodemográficas y clínicas según pertenecieran al grupo acoso y no acoso (Tabla 1 y 2). Se hizo una comparación entre ambos grupos mediante la prueba de χ^2 . La comparación de la variable edad se hizo usando la prueba estadística de U de Mann-Whitney, dado que no se cumplía la condición de normalidad. Posteriormente se compararon las frecuencias de los trastornos afectivos, ansiosos y postraumáticos según la presencia de acoso escolar con la prueba de χ^2 .

También se realizaron regresiones logísticas binarias para el estudio de la asociación de la presencia de autolesiones, ideación autolítica, e intento autolítico con una historia de acoso escolar.

RESULTADOS

Se recopilaron 129 casos, de los cuales un 48,1 % son chicos y 51,9% son chicas, con un rango desde los 11 hasta los 17 años. De esa muestra, se detectaron 22 casos de acoso escolar (17.1% de la muestra total del estudio), con un rango de edad entre los 11 y los 17 años, dándose la misma proporción entre sexo femenino y masculino (50% ambos).

En la tabla 1 se muestran los resultados de las variables sociodemográficas. Se encuentra una diferencia significativa en la edad entre los dos grupos (muestra sin acoso y con acoso). Dado que no se

cumple el criterio de normalidad (Z de Kolmogorov-Smirnov: 0.202, con $p=0.02$) se utiliza la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney ($U=1148$, $p=0.854$). Los pacientes que han sido acosados no tienen una mediana de edad significativamente mayor que los pacientes que no han sido acosados.

No hay diferencia estadísticamente significativa entre el resto de las variables. No se aprecia una asociación estadísticamente significativa de los trastornos de ansiedad y el acoso escolar ($\chi^2=1.41$, $p=0.23$). No se aprecia una asociación estadísticamente significativa de trastornos depresivos y el acoso escolar ($\chi^2=0.001$, $p=0.66$).

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	Acoso escolar	NO Acoso Escolar	Valor del estadístico, p (significación)
EDAD (años)	14,22 (DE:1,79)	14.26 (DE: 1.95)	U de Mann-Whitney= 1206. P=0.85
SEXO			
Hombre	11 (50%)	51 (47.7%)	$\chi^2=0,04$, $p=0.84$
Mujer	11 (50%)	56 (52.3%)	
OCUPACION			
Primaria	3 (13.6%)	18 (16.8%)	$\chi^2=6.6$, $p=0.158$
Secundaria	13 (59.1%)	69 (64.5%)	
Bachillerato	1 (4.5%)	13 (12.1%)	
F. Profesional	3 (13.6%)	5 (4,7%)	
Ninguna	2 (9.1%)	4 (1.9 %)	
NUCLEO CONVIVENCIA			
Ambos padres	12 (54,5%)	32 (57.9%)	$\chi^2=1.66$, $p=0.646$
Un solo padre	10 (45,5%)	39 (36.4%)	
Otro familiar/tutor	0 (0%)	5 (4,7%)	
Institucional	0 (0%)	2 (0.9%)	
SITUACION ECONOMICA FAMILIAR			
Precaria	6 (27,3%)	32 (29,9%)	$\chi^2=0.06$, $p=0.80$
No precaria	16 (72,7%)	75 (70,1%)	
RELACION IGUALES FUERA NÚCLEO FAMILIAR			
Relación con iguales	15 (68,2%)	91 (85%)	$\chi^2=3.54$, $p= 0,06$
Sin relación con iguales	7 (31,8%)	16 (15%)	

Los resultados de las variables clínicas más relevantes son las diferencias en las autolesiones y la presencia de ideas suicidas entre ambos grupos (Ver tabla 2). En el estudio del acoso escolar con la presencia de conductas autolesivas mediante una regresión logística, ajustados por edad y sexo, se muestra una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y las conductas autolesivas ($B= 2.82$, $p<0.001$, con una OR [(Exp(B)=16.96)], pero no se

encontraron asociación estadísticamente significativa con la edad ($B=0.17$, $p=0.88$). Con la misma prueba estadística, la asociación entre ideas autolíticas y acoso escolar, ajustada por edad y sexo, es estadísticamente significativa entre el sexo y las ideas autolíticas ($B=2.31$, $p<0.01$, con una OR[Exp(B)=10.12]). Por último, no parece que haya una asociación entre el acoso escolar y la presencia de intentos autolíticos, ajustados por edad y sexo.

Tabla 2. Variables clínicas.

VARIABLES CLÍNICAS	ACOSO ESCOLAR	NO ACOSO ESCOLAR	Valor del estadístico p (significación)
MOTIVO DE CONSULTA			
Síntomas somáticos	2 (9.1%)	5 (4.7%)	$\chi^2=0.81$, $p=0.84$
Síntomas psíquicos	16 (72.7%)	80 (74.8%)	
T. conducta	3 (16.8%)	18 (16.8%)	
Conducta autolítica	1 (4.5%)	4 (3.7%)	
DIAGNOSTICO CLÍNICO			
- Discapacidad intelectual	1 (4.5%)	3 (2.8%)	$\chi^2=6.52$, $p=0.88$
- T.E.A.	0%	1 (0.9%)	
- TDAH	1 (4.5%)	16 (15%)	
- T. Aprendizaje	0%	3 (2.8%)	
- T. control impulsos	1 (4.5%)	9 (8.4%)	
- T. ansiedad	11 (50%)	39 (36.4%)	
- Trauma y estrés	4 (18.2%)	13 (12.1%)	
- T. desregulación estado ánimo	0%	4 (3.7%)	
- T. depresivos	2 (9.1%)	10 (9.3%)	
- TCA	2 (9.1%)	5 (4.7%)	
- T. uso sustancias	0 (0%)	2 (1.9%)	
- T. excreción	0 (0%)	1 (0.9%)	
- T. sueño	0 (0%)	1 (0.9%)	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES	SI:9 (40.9%) NO: 13 (59.1%)	SI: 54 (50.5%) NO: 53 (19.5%)	$\chi^2 = 0.66$, $p=0.41$
ANTECEDENTES IDEAS SUICIDAS	SI: 4 (18.2%) NO: 18 (81.8%)	SI: 11 (10.3%) NO: 96 (89.7%)	$\chi^2 = 1.11$, $p=0.28$
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	SI: 13 (59.1%) NO: 9 (40.9%)	SI: 57 (53.3%) NO: 50 (46.7%)	$\chi^2=0.25$, $p=0.62$
ANTECEDENTES IDEAS SUICIDAS FAMILIA	SI: 3 (13.6%) NO: 19 (86.4%)	SI: 6 (5.6%) NO: 101 (94.4%)	$\chi^2 =1.81$, $p=0.18$

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES	SI: 14 (63.6%) NO: 8 (36.4%)	SI: 57 (53.3%) NO: 50 (46.7%)	$\chi^2 = 0.79$, p=0.37
AUTOLESIONES	SI: 7 (31.8%) NO: 15 (68.2%)	SI: 19 (17.8%) NO: 88 (82.2%)	$\chi^2 = 2.24$, p=0.15
IDEAS SUICIDAS	SI: 6 (27.3%) NO: 16 (72.7%)	SI: 14 (13.1%) NO: 93 (86.9%)	$\chi^2 = 2.8$, p=0.094
INTENTOS DE SUICIDIO	SI: 2 (9.1%) NO: 20 (90.9%)	SI: 4 (3.7%) NO: 103 (96.3%)	$\chi^2 = 1.18$, p=0.27

DISCUSIÓN

Dentro de las variables sociodemográficas de esta muestra, ambos grupos son muy homogéneas y no se han encontrado diferencias significativas reseñables. La edad media del acoso escolar es de 14 años, pero la edad cuando más ocurre es hacia los 16 años. Desde el punto de vista clínico, los trastornos afectivos ni de ansiedad no se incrementan en el grupo de acoso escolar. Las conductas autolesivas no son más frecuentes en el grupo de pacientes con acoso escolar, ni se ha detectado un mayor incremento de la ideación autolítica o del riesgo de intentos autolíticos.

Este hallazgo se encuentra en consonancia con otros artículos donde la gran mayoría de niños acosados se encuentra en la adolescencia (13,14). En esta etapa de la vida, las relaciones sociales se hacen más sofisticadas y por tanto el acoso también toma nuevas maneras de actuación (magnificación por las redes sociales y transformación en un maltrato más indirecto o relacional). La capacidad del paciente de tener amigos fuera de la familia también nos habla de la facultad para integrarse dentro de un grupo de iguales y de ser capaz de afrontar de una manera adaptada las relaciones con iguales. Las víctimas han sido descritas como solitarias, poco asertivas, fácilmente molestadas desde un punto de vista emocional, y con una escasa comprensión emocional o social (15,16). No se encontraron otras diferencias en las variables sociodemográficas.

Dentro de las variables clínicas, en el motivo de consulta se aprecia un porcentaje mayor de síntomas somáticos en la muestra con acoso escolar.

Los síntomas somáticos pueden ser considerados en realidad síntomas enmascarados de la ansiedad ante el problema del maltrato entre iguales. En los últimos años se han empezado a analizar desde otra óptica aquellos adolescentes con síntomas físicos no médicamente explicables y su posible relación con una historia de acoso escolar. En un estudio se observó que un 37% de chicos con estos síntomas habían sido acosado en la escuela(10). Los síntomas somáticos se podrían interpretar como una vía para evitar ir al colegio y por tanto eludir el maltrato. En relación con los diagnósticos clínicos, hay un incremento de los trastornos de ansiedad, y depresivos sin llegar a encontrar diferencias estadísticamente significativas. Podría ser explicado por el número de la muestra con acoso escolar que es relativamente pequeño (n=22 casos). Este dato es llamativo dado que en la literatura científica se ha observado que en la población con acoso escolar suele tener más síntomas de tipo ansioso y/o depresivos, además de aumento de síntomas traumáticos (17-19).

En línea con la evidencia disponible, hay un claro aumento de la frecuencia de autolesiones. En nuestra muestra la prevalencia es alta, 27.3%, frente a la muestra sin acoso escolar, 13.1%. Los principales motivos detrás de estas acciones son variados: venganza contra otros y manipulación, intención de morir, la búsqueda de atención, o escapar de situaciones intolerables y agonizantes (20). Se ha postulado que el distrés emocional producido por la experiencia de ser acosado lleva a una autoestima y autoconcepto bajos que, a su vez, lleva a un autoestigma. El adolescente se siente avergonzado,

con sentimientos de inutilidad y culpándose de la situación, influido por su propia baja autoestima. Este conjunto de emociones (autoestima y auto-estigma) se han asociado con síntomas depresivos y conductas autolesivas (10). Se ha estimado que la prevalencia de autolesiones en una muestra adolescente (14-15 años) que habían sufrido acoso escolar es de 18.6% (27% para las chicas y 6.7% para los chicos) (21).

En relación con la ideación autolítica, se ha observado un aumento significativo en la muestra con acoso escolar (27.3%), pero sin llegar a ser estadísticamente significativa con respecto a la muestra sin acoso escolar. En el estudio de Ford (2017) se halló una prevalencia de ideación autolítica de 15.2% (21). En estudios recientes han demostrado la asociación del acoso escolar con la ideación y conducta autolítica (9,22). La victimización física puede afectar especialmente al riesgo suicida con el tiempo (23).

Con respecto al aumento de la conducta suicida, nuestra muestra no es estadísticamente significativa (9.1% frente a 2.7%). Podría entenderse como un signo grave de distrés y una llamada de atención disfuncional ante la situación vivida en el entorno escolar. Sin embargo, no hay que perder la perspectiva de que en algunas ocasiones es una de las consecuencias de un trastorno depresivo grave no detectado y, por tanto, no tratado. Se ha sugerido que la victimización física crónica aumenta la probabilidad de intentos autolíticos (23). Se ha postulado que varios factores de riesgo determinan un incremento de aparición de ideación autolítica como género, el tipo de intimidación, la sintomatología y la disponibilidad de apoyo interpersonal (24).

Este estudio tiene dos limitaciones principales. En primer lugar, aunque el número de la muestra es aceptable, el número de pacientes pertenecientes a la muestra del acoso escolar es relativamente bajo (22 casos). Esto explicaría que algunas asociaciones no fueran significativas. La otra limitación es que no se distingue tipos de acoso escolar (física, verbal, relacional), la edad de inicio, el tiempo estimado de la duración del maltrato entre iguales, ni se

estudió la prevalencia del ciber-bullying (fenómeno relativamente reciente que magnifica los efectos del acoso escolar).

Dada la relativamente alta prevalencia del acoso escolar es la etapa secundaria podría considerarse un problema de salud pública, con importantes repercusiones en la salud mental de estos jóvenes y sus familias y en general en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Este estudio nos da una visión general del impacto emocional de este tipo de conducta entre iguales, sobre todo con consecuencias en la producción de psicopatología (síntomas depresivos y ansiosos), además de conductas autolesivas e ideación autolítica.

Dada la prevalencia de este fenómeno sería beneficioso el perfilar con más detalles el tipo de paciente que acude al CSM con historia de acoso escolar. En especial sería necesario saber tipo de acoso (física, verbal, relacional), comienzo y tiempo de duración del maltrato.

Ante la evidencia en la literatura científica de las consecuencias emocionales del acoso escolar, la prevención primaria y secundaria tienen un papel muy relevante, para evitar las últimas consecuencias de este tipo de maltrato entre iguales. El profesor tiene una tarea esencial en la detección del acoso y por tanto en la intervención in situ del problema. Es además importante implicar a los compañeros que son testigos silentes del maltrato. Ellos puedan avisar a los adultos responsables además de dar credibilidad al testimonio del acosado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Armero Pedreira P, Bernardino Cuesta B, Bonet de Luna C. Acoso escolar. *Pediatría Aten Primaria*. diciembre de 2011;13(52):661-70. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322011000600016>
2. Awiria O, Olweus D, Byrne B. Bullying at School - What We Know and What We Can Do. *Br J Educ Stud*. diciembre de 1994;42(4):403. <https://doi.org/10.2307/3121681>

3. Smith PK. Understanding School Bullying: Its Nature & Prevention Strategies [Internet]. 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP: SAGE Publications, Inc.; 2014 [citado 1 de noviembre de 2019]. <http://sk.sagepub.com/books/understanding-school-bullying>.
4. Chester KL, Callaghan M, Cosma A, Donnelly P, Craig W, Walsh S, et al. Cross-national time trends in bullying victimization in 33 countries among children aged 11, 13 and 15 from 2002 to 2010. Eur J Public Health. 1 de abril de 2015;25(suppl 2):61-4. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv029>.
5. Díaz-Aguado, MJ, Martínez R, Martín J. e estudio estatal sobre la convivencia escolar en la educación secundaria obligatoria. Observatorio Convivencia Escolar. 2010.
6. Sánchez-Queija I, García-Moya I, Moreno C. Trend Analysis of Bullying Victimization Prevalence in Spanish Adolescent Youth at School. J Sch Health. junio de 2017;87(6):457-64. <https://doi.org/10.1111/josh.12513>.
7. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. BMJ. 1 de septiembre de 2001;323(7311):480-4.
8. Arseneault L, Walsh E, Trzesniewski K, Newcombe R, Caspi A, Moffitt TE. Bullying Victimization Uniquely Contributes to Adjustment Problems in Young Children: A Nationally Representative Cohort Study. PEDIATRICS. 1 de julio de 2006;118(1):130-8. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2388>.
9. van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. Psychiatry Res. diciembre de 2015;230(2):364-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.017>.
10. Karanikola MNK, Lyberg A, Holm A-L, Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. BioMed Res Int. 11 de octubre de 2018;2018:1-36. <https://doi.org/10.1155/2018/4745791>.
11. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. Suicide Life Threat Behav. junio de 2014;44(3):273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>.
12. Messias E, Kindrick K, Castro J. School bullying, cyberbullying, or both: Correlates of teen suicidality in the 2011 CDC youth risk behavior survey. Compr Psychiatry. julio de 2014;55(5):1063-8. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.005>.
13. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. Psychol Health Med. 6 de marzo de 2017;22(sup1):240-53. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1279740>.
14. Fundación, A. N. A. R., & MADRIÑENA, F. M. . II Estudio sobre acoso escolar y ciberbullying según los afectados. Recuperado de [Internet]. 2017. <https://www.anar.org/>.
15. Woods S, Wolke D, Nowicki S, Hall L. Emotion recognition abilities and empathy of victims of bullying. Child Abuse Negl. mayo de 2009;33(5):307-11. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.11.002>.
16. Camodeca M, Goossens FA, Schuengel C, Terwogt MM. Links between social information processing in middle childhood and involvement in bullying. Aggress Behav. marzo de 2003;29(2):116-27. <https://doi.org/10.1002/ab.10043>.
17. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. abril de 2016;25(2):235-42. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.12.002>.
18. Ibeziako P, Choi C, Randall E, Bujoreanu S. Bullying Victimization in Medically Hospitalized Patients With Somatic Symptom and Related Disorders: Prevalence and Associated Factors. Hosp Pediatr. 1 de mayo de 2016;6(5):290-6. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0207>.
19. Litman L, Costantino G, Waxman R, Sanabria-Velez C, Rodriguez-Guzman VM, Lampon-Velez A, et al. Relationship Between Peer Victimization and Posttraumatic Stress Among Primary School Children: Bullying and PTSD Among Primary School Children. J Trauma Stress. agosto de 2015;28(4):348-54. <https://doi.org/10.1002/jts.22031>.
20. McAuliffe C, Arensman E, Keeley HS, Corcoran P, Fitzgerald AP. Motives and Suicide Intent Underlying Hospital Treated Deliberate Self-Harm and Their Association with Repetition. Suicide Life Threat Behav. agosto de 2007;37(4):397-408. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.4.397>.
21. Ford R, King T, Priest N, Kavanagh A. Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. Aust N Z J Psychiatry. septiembre de 2017;51(9):897-908. <https://doi.org/10.1177/0004867417700275>.
22. Holt MK, Vivolo-Kantor AM, Polanin JR, Holland KM, DeGue S, Matjasko JL, et al. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. PEDIATRICS. 1 de febrero de 2015;135(2):e496-509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>.
23. Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. J Child Psychol Psychiatry. febrero de 2019;60(2):209-15. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12951>.
24. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. J Adolesc Health. agosto de 2017;61(2):179-86. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>.

APÉNDICES

Estudio de Prevalencia de ideas, conductas suicidas y Autolesiones

ANEXO 1. Protocolo de información.

Información sobre las variables sociodemográficas

Edad	Años
Sexo	Hombre / Mujer
Ocupación	Estudiante infantil / Primaria / E.S.O. / Bachillerato / formación Profesional / Trabajo / Ninguna
Núcleo de convivencia	Ambos padres / Sólo un padre / Otro familiar o tutor / Institución
Situación económica familiar	Precaria / No precaria
Relación con iguales fuera del núcleo familiar	Sí / No

Información sobre variables clínicas

Motivo de consulta	Síntomas somáticos / Síntomas Psíquicos / Trastorno de la conducta / Conducta suicida / Consumo de tóxicos
Diagnostico Clínico	Discapacidad intelectual / Trastorno de la comunicación / Trastorno del espectro autista / Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad/ Trastornos específicos del aprendizaje / Trastornos motores / trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta / Trastorno de Ansiedad / Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés / Trastornos de la desregulación disruptiva del estado de ánimo / Depresión infanto-juvenil / Trastornos psicóticos / Trastornos de la conducta alimentaria / Trastorno relacionados con sustancias y trastornos adictivos / Trastornos de la excreción / Trastornos del sueño / Diagnóstico secundario
Antecedentes psiquiátricos personales	Sí / No
Acontecimientos vitales estresantes	Sí / No
Acoso escolar	Sí / No
Abuso sexual	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones	Sí / No
Consumo de tóxicos	Sí / No
Autolesiones	Sí / No
Ideas suicidas	Sí / No
Intencionalidad de suicidio	Sí / No
Intentos de suicidio	Sí / No
Mejoría global actual	No evaluado / Mucho mejor / Moderadamente mejor / Levemente mejor / Sin cambios / Levemente peor / Moderadamente peor / Mucho peor

Antecedentes psiquiátricos familiares	Sí / No
Antecedentes de ideas, conductas suicidas y autolesiones en familia	Sí / No
Consumo de tóxicos en la familia	Sí / No

A. E. Ortiz *
Clara Espelt ¹
Mireia Rosa ²
Olga Puig ³
Luisa Lázaro ⁴
Rosa Calvo ⁴

¹ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona, España.

² Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona, España.

³ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona; Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

⁴ Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, 2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona; Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona; Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona; Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Ana E. Ortiz García MD PhD

Especialista en Psiquiatría

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clinic de Barcelona.

Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

Correo electrónico: aeortiz@clinic.cat

Identificando compulsiones en niños y adolescentes con trastorno del espectro autista

Identifying compulsive behaviour in children and adolescents with autism spectrum disorders

RESUMEN

El Trastorno de Espectro Autista (TEA) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) de inicio en la infancia son trastornos del neurodesarrollo con una prevalencia aproximada de entre el 1 y el 3%. Ambos trastornos tienen como característica similar la existencia de comportamientos repetitivos.

Objetivos: Describir la prevalencia de comportamientos repetitivos de los niños con TEA con la adaptación española del *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale por Autism Spectrum Disorder* (CY-BOCS-ASD) y comparar el tipo de síntomas y la gravedad con los evaluados en un grupo de comparación con TOC.

Metodología: Se evaluó mediante el CY-BOCS-ASD una muestra de 39 sujetos con diagnóstico de TEA (confirmado por la *Autism Disorder Interview-Revised -ADI-R-*) y mediante el *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive*

Scale (CY-BOCS) 36 sujetos con diagnóstico de TOC siguiendo criterios DSM-IV. Para poder ser incluidos, todos los participantes debían tener un cociente intelectual >70.

Resultados: Se obtuvieron puntuaciones más altas en los síntomas obsesivo-compulsivos actuales en el grupo de TOC (12,95+3,45) que en el grupo con TEA (8,23+5,65), ($t = -3.632$, $p = .001$). Las compulsiones de limpieza ($p=.003$), comprobación ($p=.001$), contaje ($p=.001$), orden y simetría ($p=.004$), y miscelánea ($p=.001$) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de TOC. La frecuencia, malestar e interferencia fue mayor en pacientes con TOC que en los pacientes con TEA.

Conclusiones: La CY-BOCS-ASD podría ser un instrumento útil para detectar síntomas compulsivos en niños y adolescentes con TEA. Disponer de un instrumento adaptado hará que dicha sintomatología,

que requiere un abordaje específico, esté mejor evaluada y considerada en el tratamiento global de los pacientes con TEA.

PALABRAS CLAVE: Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), Trastorno de Espectro Autista (TEA), sintomatología obsesivo-compulsiva.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) and Obsessive Compulsive Childhood Disorder (OCD) are neurodevelopmental disorders with an approximate prevalence between 1% and 3% respectively. Both disorders share characteristics as repetitive behaviors.

Objective: To measure the repetitive behaviors in a sample of ASD children with the Spanish adaptation of the *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale por Autism Spectrum Disorder (CY-BOCS-ASD)* and compared the characteristics of symptomology and serverity with those evaluated in an OCD matched group.

Methodology: 39 participants with ASD diagnoses (confirmed by the Autism Disorder Interview-Revised -ADI-R-) and 36 with OCD were evaluated. All the participants had an IQ above 70. Obsessive-compulsive symptoms were assessed with the *Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)* in the OCD group.

Results: Children and adolescents with OCD showed higherrates on obsessive-compulsive symptoms ($t = -3.632, p = .001$). Compulsions of cleaning ($p = .003$), checking ($p = .001$), counting ($p = .001$), order and symmetry ($p = .004$), and miscellaneous ($p = .001$) were significantly more prevalent in the OCD group. The frequency, discomfort and interference are higher in patients with OCD than in patients with ASD.

Conclusions: CY-BOCS-ASD could be a useful instrument to detect compulsive symptoms in children and adolescents with ASD. Having an instrument adapted to ASD to identify specifically compulsive symptomatology that interferes in functioning should be considered to prepare appropriate interventions in ASD children.

KEYWORDS: Obsessive Compulsive Disorder (OCD), Autism Spectrum Disorder (ASD), obsessive-compulsive symptoms

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dos grandes grupos de síntomas principales: 1) déficits persistentes en la comunicación social y en la interacción social en múltiples contextos y 2) intereses restringidos y patrones de comportamiento repetitivo. Además para su diagnóstico estos síntomas deben estar presentes en el período inicial de desarrollo, causar un deterioro clínicamente significativo en las áreas social, escolar o familiar y dichas alteraciones no pueden ser explicadas mejor por la discapacidad intelectual o el retraso en el desarrollo global (1).

El TEA y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) de inicio en la infancia son trastornos del neurodesarrollo (2) con una prevalencia aproximada de entre el 1 y el 3% (3, 4). Ambos trastornos tienen como característica similar la compulsividad, que se podría definir como la realización de conductas encubiertas o manifiestas, repetitivas y sin función adaptativa, realizadas de forma habitual o estereotipada (5). Usando esta definición, la compulsividad a parte de encontrarla en los diagnósticos de TEA y TOC, también la podemos encontrar en otros trastornos neuropsiquiátricos, como la tricotilomanía, o el trastorno de acumulación (5).

Previo al 2013, los psicólogos y psiquiatras que realizaban el diagnóstico según el sistema diagnóstico Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría no podían emitir a los individuos con TEA el diagnóstico comórbido de TOC y viceversa (7). Debido a que en las versiones a partir de ese año sí es permitido el diagnóstico comórbido, se han realizado diversos estudios recientemente, uno de registro longitudinal (2) y otro de revisión (7) en el que destacan la elevada prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con TEA y viceversa, refiriendo algunos estudios entre un 17% y 37% de jóvenes con TEA que cumplen los criterios diagnósticos de TOC (8, 9).

Por otra parte, desde un punto de vista neurobiológico, se han encontrado alteraciones funcionales comunes en los circuitos cerebrales implicados en estas conductas, específicamente en los sistema de recompensa y toma de decisiones, que se establecen en las regiones del córtex orbitofrontal, núcleo accumbens, córtex cingulado anterior (CCA) y caudado (10, 11). Además, se ha observado que al comparar los niveles de glutamato en el CCA en pacientes con TEA y pacientes con TOC, estos están incrementados en ambos trastornos, y además dichos niveles correlacionan con la compulsividad (12).

No existe una forma definitiva para distinguir clínicamente las conductas repetitivas específicas del TEA y de TOC, aunque algunos autores han intentado realizar diferentes esquemas que ayuden a diferenciarlas (13, 14). En primer lugar, podemos estudiar la fenomenología del comportamiento. La conducta repetitiva en el TEA habitualmente es invariable, topográficamente consistente, no es especialmente pertinente para la situación (para el observador no tiene sentido) y además suele ser vivida sin malestar y ser independiente de los desencadenantes. Por el contrario, en el TOC la conducta repetitiva suele ser útil, sirve para evitar el evento temido y reduce la angustia. Además las compulsiones en el TOC son estresantes por sí mismas y pueden variar en tiempo, espacio, contexto y por la presencia de los desencadenantes (13). En segundo lugar, otro aspecto que permite diferenciarlo es el inicio y el curso de dichas conductas compulsivas. En los pacientes con TEA, estas conductas se desarrollan desde la infancia; en cambio, por lo general, en los pacientes con TOC, aparecen de novo en la preadolescencia, adolescencia o edad adulta. En tercer lugar, deberíamos observar la dimensión sintomática del comportamiento. Mientras algunos autores observan que no hay diferencias en dicha sintomatología, otros describen un predominio de la sintomatología de simetría, orden, contaje y organización en el TOC versus la preferencia de una rutina en el TEA. Además, diferencian la dimensión de acumulación en el TOC versus coleccionar como parte de un interés especial en el TEA (13). También se ha propuesto evaluar las siguientes áreas: 1) Nivel

de ansiedad y angustia experimentado en relación con los patrones de pensamientos y compulsiones obsesivas, 2) Contenido de obsesiones en TOC y el contenido de los intereses restrictivos en TEA, 3) Función de compulsión y 4) Teorías psicológicas explicativas de TOC síntomas y TEA (14). En el TEA la experiencia es satisfactoria y reforzante, en cambio en el TOC es intrusiva, no origina disfrute y sí cierta resistencia. La función en el TEA sería el disfrute o ser distractora de la sensación de estrés y en el TOC reducir la incomodidad que causa la obsesión.

Respecto a la frecuencia de las dimensiones sintomáticas, la literatura en población infantil y juvenil presenta resultados poco consistentes. Mientras algunos autores han descrito que las compulsiones de contar o de orden son más frecuentes en TEA que en TOC (15), otros afirman que son más frecuentes en TOC que en TEA (13). Otras compulsiones como organizar o involucrar a otra persona en el ritual se han relacionado más con TEA (16) y limpiar o comprobar con TOC (17) habiendo discrepancia en la interferencia y el tiempo empleado, mayor en TOC que en TEA en algún estudio (17) y sin diferencias en otros (18).

Todo lo referido nos indica la importancia de una correcta evaluación de los síntomas compulsivos en niños con TEA para poderlos tratar de forma adecuada y específica. El propósito del presente estudio es examinar el tipo, la frecuencia, y gravedad de los comportamientos compulsivos en niños y adolescentes con TEA y compararlos con los comportamientos compulsivos de un grupo de niños y adolescentes de similar edad y género con diagnóstico de TOC.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trata de un estudio transversal de una muestra de 77 pacientes entre 7 y 17 años de edad con diagnóstico de TEA y TOC (según criterios DSM-IV-TR(5)) apareados por edad y género. Para su inclusión, los pacientes con TEA debían tener una puntuación positiva en el criterio C de la entrevista

semi-estructurada Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) (19). Fueron evaluados un total de 39 pacientes con TEA (32 varones y 7 mujeres) con una edad media de 12.9 + 2.4 años y 36 pacientes con TOC (30 varones y 6 mujeres con una edad media de 13.9 + 2.2 años). Los datos sociodemográficos se describen en la tabla 1. Los criterios de exclusión para todos los participantes fueron la presencia de un diagnóstico actual de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión; presentar algún trastorno neurológico como epilepsia, y/o presentar un CI inferior a 70.

Todos los participantes fueron reclutados en el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. Los pacientes con TEA fueron reclutados en las consultas ambulatorias de zona y a través de asociaciones de familiares de niños con TEA, y los pacientes con TOC fueron

reclutados en las consultas ambulatorias de zona y en las consultas externas de la unidad de referencia de segunda opinión de TOC, durante el periodo de tiempo 2012-2014. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Ético del Hospital. Se obtuvo el consentimiento por escrito de todos los padres o tutores y de todos los participantes del estudio.

Procedimiento

En primer lugar, se tradujo al español la Escala obsesiva compulsiva Yale-Brown para niños modificada para trastornos generalizados del desarrollo (CY-BOCS-ASD) y se volvió a traducir al inglés para recibir la aprobación del autor original de la batería (20). Dicha escala se administró como una entrevista dentro de la entrevista semiestructurada del estudio. El CY-BOCS-ASD es una entrevista semiestructurada

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes TEA (n=39) y TOC (n=36) de nuestro estudio

	TEA n = 39			TOC n = 36			X ²	p-valor
		n	%		n	%		
GÉNERO	♂	32	83,3	♂	29	83,3	.028	.868
	♀	7	16,7	♀	7	16,7		
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Bajo	3	7,7	Bajo	3	8,3	5.559	.235
	Medio-Bajo	10	25,6	Medio-Bajo	4	11,1		
	Medio	7	17,9	Medio	7	19,4		
	Medio-Alto	7	17,9	Medio-Alto	9	25,0		
	Alto	12	30,7	Alto	13	36,1		
COMORBILIDAD	No	8	16,7	No	15	33,3	3.609	.057
	Si	31	83,3	Si	21	58,3		
		x	dt		x	dt		
EDAD		12,9	2,4		13,9	2,2	-3.042	.081
C.I.	Vocabulario	9,3	2,7	Vocabulario	11,1	2,3	-3.042	.003
	Cubos	9,0	3,3	Cubos	10,3	3,4	-1.698	.094

Nota: CY-BOCS-ASD / ADI-R_C r=,649, p<.000

administrada a los padres para medir la gravedad de los comportamientos repetitivos en niños con TEA. Esta entrevista es una versión ligeramente modificada de la Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para niños CY-BOCS (21), y esta última es la versión modificada del instrumento original para adultos (22, 23). El instrumento incluye una lista de síntomas obsesivos y compulsivos distribuido en nueve grupos (Compulsiones de lavado/limpieza, compulsiones de comprobación, compulsiones de repetición, compulsiones de contar, compulsiones de ordenar, compulsiones de acumular, compulsiones de pensamiento mágico/superstición, compulsiones que implican a otras personas, y compulsiones miscelánea) y una sección de gravedad de los síntomas, que evalúa tiempo utilizado, interferencia, malestar, resistencia y grado de control. Cada uno de estos ítems evalúa la gravedad de las compulsiones y se clasifican de 0 a 4, obteniéndose un puntaje final de 0-20.

Respecto a la evaluación realizada a los participantes, en primer lugar, para confirmar el diagnóstico a los padres de los pacientes con TEA se les administró el ADI-R versión en español (19) que es una entrevista semiestructurada, compuesta por 93 ítems, que incluye información sobre el comportamiento más significativo de las tres áreas que conforman los síntomas de diagnóstico de los TEA según el DSM-IV-TR: interacción social, comunicación y lenguaje, y patrones de comportamiento. Además, a los padres de los pacientes con diagnóstico de TEA se les administró la escala CY-BOCS-ASD (20). Para evaluar la comorbilidad se realizó la pasación de la Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) versión adaptada al español (24, 25) como mencionamos posteriormente.

Respecto al proceso de evaluación de los pacientes con TOC. En primer lugar, para confirmar el diagnóstico se realizó la pasación de la K-SADS-PL (24, 25) tal y como mencionamos posteriormente. Además, a los sujetos con TOC se administraba la Escala CY-BOCS (21). La CY-BOCS deriva de la Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (22), que evalúa el TOC en adultos. Esta versión consta de 10 ítems

valorados de 0 (no síntoma) a 4 (sintomatología severa) que proporcionan 3 puntuaciones: (a) severidad de la obsesión, constituida por la suma de los cinco primeros ítems: tiempo dedicado a la obsesión principal que presenta la persona, su interferencia sobre la vida diaria, el malestar que produce, la resistencia que se le opone y el control ejercido sobre ella; (b) severidad de la compulsión, constituida por los cinco últimos ítems que, de forma semejante, evalúan el tiempo, la interferencia, el malestar, la resistencia y el control de la compulsión principal presentada por el individuo; y (c) severidad total, la suma de las dos anteriores. Para el análisis realizado sólo se tuvo en consideración el apartado de puntuaciones de las compulsiones de la CY-BOCS (puntuaciones rango 0-20).

Comorbilidad

Para evaluar la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos en las dos muestras, utilizamos la Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) (24, 25). Esta entrevista es un instrumento de diagnóstico categórico que proporciona diagnósticos actuales y a lo largo de la vida con clasificaciones de discapacidad globales y específicas del diagnóstico. La entrevista fue administrada por un clínico capacitado en administración de K-SADS-PL. Primero se administra solo al padre, que califica los síntomas del niño cuando estaban en su peor momento durante el período de tiempo especificado y también califica la persistencia de la gravedad de los síntomas durante la semana anterior o durante el episodio actual. Posteriormente, el mismo clínico administra la entrevista solo al niño.

Medidas de inteligencia

Por último, se realizaron las pruebas específicas para evaluar el cociente intelectual en ambos grupos utilizándose los subtest de vocabulario y cubos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Cuarta edición (WISC-IV) (26) en sujetos de edad inferior a los 16 años y 11 meses y Escala de inteligencia Wechsler para adultos - tercera edición (WAIS-III) (27) en sujetos con 17 años.

Análisis estadístico

Los datos sociodemográficos entre el grupo TEA y el grupo TOC se calcularon mediante las pruebas Chi-cuadrado para variables dicotómicas y t-Student para las variables continuas. Las diferencias significativas en el CI se controlaron mediante una regresión logística binaria para observar que no fueran un factor de confusión que afectara a las diferencias entre las compulsiones en ambos grupos. Se obtuvieron correlaciones de Pearson entre ADI-R y CY-BOCS-ASD. Los valores p significativos se expresaron en $p \leq .05$.

RESULTADOS

Características de la muestra

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en género, edad o nivel socioeconómico. Se encontraron diferencias de CI entre los grupos, con puntuaciones más bajas en la muestra de TEA.

Tabla 2. Trastornos comórbidos en ambos grupos

	TEA n =39	TOC n = 36
Sin comorbilidad	7	12
TOC	4	-
TDAH	20	3
Trastorno de ansiedad generalizada	0	9
Trastorno adaptativo	2	0
Tics motores	0	3
Trastorno de conducta	2	0
Trastorno de conducta alimentaria	0	2
Trastorno de Tourette	1	1
Trastorno de ansiedad social	1	0
Trastorno depresivo	1	1
Dislexia	1	0
Trastorno de estrés postraumático	0	1
Fobia específica	0	1
Fenómenos sensoriales	0	4

Para controlar esta variable se realizó una regresión logística binaria observándose que las puntuaciones de CI no afectaban a las compulsiones (tabla 1).

Con respecto a los trastornos comórbidos, un 72% de los pacientes con TEA y un 68% de los pacientes con TOC presentaban comorbilidad (tabla 2). El grupo con TOC tenían una prevalencia significativamente mayor de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ($X^2 = 8,038$, $p = .006$) y tics motores ($X^2 = 9,574$, $p = .002$) que la muestra de TEA. En cambio, los pacientes con TEA tenían una prevalencia significativamente mayor de Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) que el grupo con TOC ($X^2 = 19,443$, $p = .001$).

Se obtuvieron puntuaciones más altas en los síntomas obsesivo-compulsivos actuales en el grupo de TOC (12,95+3,45) que en el grupo con TEA (8,23+5,65), ($t = -3.632$, $p = .001$). Cuatro pacientes con TEA presentaban comórbidamente un diagnóstico de TOC. Dichos pacientes presentaban puntuaciones medias de la CY-BOCS-ASD de 13.5+0.57 frente a los 4.26+5.58 del grupo de TEA ($n=35$) sin TOC comórbido. Como era de esperar, se obtuvo una correlación positiva entre el puntaje total actual CY-BOCS-ASD y el índice ADI-R C ($r = .649$, $p = .001$), mostrando que a puntajes más altos en ADI-R C mayor gravedad de los síntomas compulsivos en el CY-BOCS-ASD.

Comparación entre las dimensiones en los grupos TEA y TOC

Las compulsiones de limpieza ($p=.003$), comprobación ($p=.001$), contaje ($p=.001$), orden y simetría ($p=.004$), y miscelánea ($p=.001$) fueron significativamente más prevalentes en el grupo de TOC. La frecuencia del resto de compulsiones no fue significativamente diferente entre los grupos. La frecuencia, malestar e interferencia es mayor en pacientes con TOC que en los pacientes con TEA (tabla 3).

Cuando comparamos específicamente los 4 pacientes con TEA que presentaban comórbidamente TOC observamos que el grado de malestar es en un caso moderado y en 3 casos severo, frente a ningún o leve malestar en el grupo TEA sin TOC comórbido. En relación a la interferencia, los 4 pacientes con TEA

y TOC comórbido presentan interferencia moderada, y únicamente 4 de los 35 pacientes con TEA sin TOC comórbido presentan interferencia moderada o serera. En relación a la frecuencia, 2 pacientes presentan frecuencia moderada y 2 severa, frente a sólo 3 de los 35 de los pacientes con TEA sin TOC comorbido que presentan frecuencia moderada, sin ningún caso con frecuencia severa o extrema. Grados de malestar moderado-severo, interferencia moderada-severa y frecuencia moderada-severa son las puntuaciones de alrededor del 85% de los pacientes con TOC, como era esperable. Cuando comparamos las puntuaciones

medias de la CY-BOCS-ASD del grupo TEA con TOC comórbido (13.50+0.707) y la CY-BOCS en el grupo TOC (12.95+3.448) del periodo de mayor gravedad son similares.

DISCUSIÓN

La adaptación española del CY-BOCS-ASD ha identificado en éste estudio la presencia, tipo, frecuencia, malestar e interferencia de los comportamientos repetitivos de los niños con TEA.

Tabla 3. Comparación entre las dimensiones obsesivo-compulsivas en los grupos TEA (n=39) y TOC (n=36).

		TEA n =39	TOC n = 36	U / X2	p-valor
Compulsiones de limpieza		20,6%	52,9%	493	.003
Comprobación		15,4%	52,7%	475.5	.001
Repetición		38,5%	61,1%	655.5	.334
Contar		2,6%	36,1%	506.5	.001
Orden, organizar		15,4%	47,2%	510,5	.004
Coleccionar		23,1%	30,6%	688,5	.483
Superstición, pensamiento mágico		5,1%	11,1%	701	.380
Rituales que incluyen a otras personas		15,4%	8,4%	711	.600
Miscelánea		10,3%	66.7%	293	.001
Frecuencia	Leve	82,1%	34,2%	26,692	.001
	Moderado	12,8%	31,6%		
	Grave-Extremo	5,1%	34,2%		
Malestar	Leve	61,5%	42,1%	20,146	.001
	Moderado	20,5%	39,5%		
	Grave-Extremo	17,9%	18,4%		
Interferencia	Leve	79,5%	36,9%	17,249	.001
	Moderado	17,9%	52,6%		
	Grave-Extremo	2,6%	10,5%		

La existencia de estos síntomas evaluados con éste instrumento correlaciona con la existencia de los síntomas evaluados con la entrevista ADI-R, apartado C. Además, la frecuencia, intensidad de malestar e interferencia producida por las compulsiones fue inferior en el grupo de pacientes con TEA que en el grupo con TOC.

Esta menor frecuencia e intensidad de los síntomas puede deberse a varias razones. Una de ellas es que una parte de los pacientes incluidos con el diagnóstico de TOC fueron reclutados en la unidad específica de referencia de TOC en la que se atienden pacientes graves, algunos de ellos con escasa respuesta al tratamiento, lo que ha podido influir en los valores más altos en las puntuaciones de frecuencia e intensidad de los síntomas. Este hecho también podría explicar que sus compulsiones más frecuentes (limpieza, comprobación, contaje, orden y simetría y miscelánea) difieran de las habituales en la literatura previa (15, 16). Otra posible razón es que los pacientes con TEA presentan dificultades para identificar emociones internas, dificultades en el procesamiento de información compleja, en la coherencia central y en el funcionamiento cognitivo (28,29,30) que les dificulta para describir sus estados y experiencias mentales e incluso sus experiencias de la vida diaria. Otro factor explicativo sería que la mayoría de los pacientes con TEA eran pacientes con conductas repetitivas sin diagnóstico comórbido de TOC (35 de 39), lo que hacía que la sintomatología fuera menos grave. Es interesante destacar que cuando comparamos la frecuencia, la interferencia y el malestar en el grupo de pacientes con TEA con diagnóstico comórbido de TOC presentan puntuaciones similares a las del grupo con TOC.

En un estudio reciente en una muestra de niños y adolescentes con TEA se investigó la relación entre los comportamientos restringidos y repetitivos y los síntomas psiquiátricos concurrentes. Los resultados indicaron que los comportamientos restringidos y repetitivos predecían la psicopatología. El comportamiento ritualista y de similitud era predictivo de ansiedad, depresión y trastorno negativista-desafiante, los intereses restringidos eran predictores negativos de depresión, mientras que las

estereotipias eran predictivas de TDAH. (31). En el presente estudio, se observó que los pacientes con TEA presentan mayor frecuencia del diagnóstico comórbido de TDAH que en el grupo con TOC, pero no se valoró la posible relación predictiva entre comorbilidad existente y tipos de compulsiones o conductas repetitivas realizadas.

No podemos dejar de considerar algunas limitaciones en este estudio. En primer lugar, en este estudio evaluamos específicamente un subgrupo de niños y adolescentes con TEA y sin discapacidad intelectual, por lo que, dado que el TEA es un trastorno clínicamente heterogéneo, los resultados obtenidos no pueden ser considerados como válidos en otras presentaciones clínicas como el TEA de bajo funcionamiento o el TEA en la edad adulta. En segundo lugar, como limitación, debe tenerse en consideración que hemos utilizado la primera versión de la escala CY-BOCS-ASD en lugar de la versión revisada posterior (32). Además, debemos mencionar el hecho de que los pacientes seleccionados con diagnóstico de TOC podrían no ser representativos de los pacientes TOC de la comunidad y su mayor gravedad haber influido en las diferencias entre ambos grupos. Para finalizar, somos conscientes que otra posible limitación es el hecho de la utilización del sub-test vocabulario como estimación del CI, si bien es cierto que son ampliamente utilizadas versiones abreviadas para estimar el CI debemos mencionar como limitación su uso psicométrico en este caso en el grupo TEA de alto funcionamiento (33).

CONCLUSIONES

Pese a las mencionadas limitaciones, consideramos que disponer de un instrumento específico para identificar sintomatología compulsiva, adaptado al TEA, contribuye a delimitar mejor las conductas repetitivas y aplicar sobre ellas tratamientos especialmente dirigidos a las mismas. De esta forma se podrá realizar un abordaje integral en los niños y adolescentes con TEA lo que sin duda contribuirá a mejorar el pronóstico y el funcionamiento de los menores de edad con este diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los pacientes y sus familias la participación en dicho estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Por la presente, reconozco que todo el manuscrito ha sido revisado y aprobado por cada autor y que ninguna parte del estudio ha sido publicada o está siendo considerada para publicación en otro lugar. No hay participación comercial o financiera que pueda presentar un conflicto de intereses en relación con este manuscrito.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Meier SM, Petersen L, Schendel DE, Mattheisen M, Mortensen PB, Mors O. Obsessive-compulsive disorder and autism spectrum disorders: longitudinal and offspring risk. *PLoS ONE* 2015; 10: e0141703. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141703>.
3. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15: 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
4. Lai MC, Lombardo MV, Baron-Cohen S. Autism. *The Lancet* 2014; 383: 896–910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61539-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61539-1).
5. Fineberg NA, Chamberlain SR, Goudriaan AE, Stein DJ, Vanderschuren LJMJ, Gillan CM, Shekar S, Gorwood PAPM, Voon V, Morein-Zamir S, Denys D, Sahakian BJ, Moeller FG, Robbins TW, Potenza MN. New developments in human neurocognition: clinical, genetic and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS Spectrums* 2014; 19: 69–89. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000801>.
6. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edn. (text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Jiujiyas M, Kelley E, Hall L. Restricted, repetitive behaviors in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder: a comparative review. *Child Psychiatry & Human Development* 2017; 48: 944–959. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0717-0>.
8. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2006; 36: 849–861.
9. van Steensel FJA, Bögels SM, Perrin S. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2011; 14: 302–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>.
10. Carlisi CO, Norman L, Murphy CM, Christakou A, Chantiluke K, Giampietro V, Simmons A, Brammer M, Murphy DG, Mataix-Cols D, Rubia K, MRC AIMS consortium. Shared and Disorder-Specific Neurocomputational Mechanisms of Decision-Making in Autism Spectrum Disorder. *Cereb Cortex* 2017; 27: 5804-5816.
11. Carlisi CO, Norman L, Murphy CM, Cristakou A, Chantiluke K, Giampietro V, Simmons A, Brammer M, Murphy DG, MRC AIMS consortium, Mataix-Cols D, Rubia K. Comparison of neural substrates of temporal discounting between youth with autism spectrum disorder and with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2017; 47: 2513-2527. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx265>.
12. Naaijen J, Zwiers MP, Amiri H, Williams SC, Durston S, Oranje B, Brandeis D, Boecker-Schlier R, Ruf M, Wolf I, Banaschewski T, Glennon JC, Franke B, Buitelaar JK, Lythgoe DJ. Fonto-striatal glutamate in autism spectrum disorder and obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2017; 42: 2466-2467. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.163>.
13. Russell A, Jassi A, Johnson K. OCD and autism a clinician's guide adapting CBT. Jessica Kingsley Publishers. ISBN 978-1-78592-379-1. 2019.
14. Paula-Perez I. Differential diagnosis between

- obsessive-compulsive disorder and restrictive repetitive behavioural patterns, activities and interests in autism spectrum disorders. *Rev Psiquiatry Salud Ment* 2013; 6: 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.005>
15. McDougle CJ, Kresch LE, Goodman WK, Naylor ST, Volkmar FR, Cohen DJ, Price LH. A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 772-777.
 16. Zant F, Prior M, Kyrios M. Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive-compulsive disorder. *J Autism Dev Disord* 2007; 37: 251-259.
 17. Ruta L, Mugno D, D'Arrigo VG, Vitiello B, Mazzone L. Obsessive-compulsive traits in children and adolescents with Asperger syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19: 17-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0035-6>.
 18. Mack H, Fullana MA, Russell AJ, Mataix-Cols D, Nakatani E, Heyman I. Obsessions and compulsions in children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a case control study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 1082-1088. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.515561>.
 19. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 1994; 24: 659-685.
 20. Scahill L, McDougle CJ, Williams SK, Dimitropoulos A, Aman MG, McCracken JT, Tierney E, Arnold LE, Cronin P, Grados M, Ghuman J, Koenig K, Lam KS, McGough J, Posey DJ, Ritz L, Swiezy NB, Vitiello B, Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 1114-23.
 21. Scahill L, Riddle MA, McSwiggin-Hardin M, Ort SI, King RA, Goodman WK, Cicchetti D, Leckman JF. Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 844-852.
 22. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1006-1011.
 23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-1016.
 24. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980-8.
 25. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F. Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34:36-40.
 26. Wechsler, David. WISC-IV: Escala De Inteligencia De Wechsler Para Niños-IV. 2a ed. Madrid: TEA, 2007.
 27. Wechsler, David. WAIS-III: Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-III. 3a ed, Madrid Pearson Editorial, 1999.
 28. Baron-Cohen, S. The development of a theory of mind in autism: Deviance and delay? *Psychiatric Clinics of North America* 1991a, 14, 33-51.
 29. Baron-Cohen, S. The theory of mind deficit in autism: How specific is it? *British Journal of Developmental Psychology* 1991b, 9, 301-314.
 30. Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. Predicting and explaining behavior: A comparison of autistic, mentally retarded and normal children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 1994, 35, 1059-1075.
 31. Stratis E. Restricted and repetitive behaviors and psychiatric symptoms in youth with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2013; 7: 757-766.

32. Scahill L, Dimitropoulos A, McDougle CJ, Aman MG, Feurer ID, McCracken JT, Tierney E, Pu J, White S, Lecavalier L, Hallet V, Bearss K, King B, Arnold LE, Vitiello B. Children's Yale-Brown obsessive-compulsive scale in autism spectrum disorder: component structure and correlates of symptom checklist. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 97-10. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.018>.
33. Rosa M, Puig O, Lázaro L, Vallés V, Lera S, Sánchez-Gistau V, Calvo R. Broad Cognitive Profile in Children and Adolescents with HF-ASD and in Their Siblings: Widespread Underperformance and its Clinical and Adaptive Correlates. *J Autism Dev Disord* 2017; 47: 2153-2162. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3137-x>.

ANEXOS

ANEXO 1. LISTADO DE ABREVIATURAS

ADI-R: Entrevista diagnóstica para autismo- versión revisada

CCA: Córtex cingulado anterior

CI: Coeficiente intelectual

CY-BOCS: Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones para niños

CY-BOCS-ASD: Escala de obsesiones y compulsiones Yale-Brown de los niños modificada para trastornos generalizados del desarrollo

K-SADS-PL: Kiddie-Sads-Present y Lifetime Version
TAG: Trastorno de ansiedad generalizada

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

TEA: Trastorno de Espectro Autista

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

WAIS-III: Escala de inteligencia Wechsler para adultos - tercera edición

WISC-IV: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-Cuarta edición

ANEXO 2.

VERSIÓN INFANTIL DE LA ESCALA YALE-BROWN
DE OBSESIONES Y COMPULSIONES:
MODIFICADA PARA TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

(Desarrollada por W.K. Goodman, L.H. Price, S.A. Rasmussen, M.A. Riddle, J.L. Rapoport)
(Modificada para el uso en Trastornos del Espectro autista por L. Scahill, C.J. Mc Dougle)

Nombre _____ Fecha _____

LISTA DE COMPULSIONES DE LA ESCALA YALE-BROWN

Marque todas las que proceden

Actuales Pasadas

- | | | |
|-------|-------|--|
| _____ | _____ | Lavado de manos excesivo o ritualizado |
| _____ | _____ | Excesos o rituales en las rutinas de ducha, baño, lavado de dientes, aseo y/o arreglarse |
| _____ | _____ | Limpieza excesiva de objetos (ej. ropa u objetos personales) |
| _____ | _____ | Juego repetitivo en el agua |
| _____ | _____ | Otras medidas para prevenir/evitar el contacto con contaminantes |
| _____ | _____ | Otras (Describir) _____ |

COMPULSIONES DE REVISAR/COMPROBAR

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Comprobar cierres, llaves, juguetes, libros/objetos escolares, etc. |
| _____ | _____ | Revisión asociada a lavarse, vestirse o desvestirse |
| _____ | _____ | Comprobar que no se hecho/hará daño a otros |
| _____ | _____ | Comprobar que no se ha hecho/hará daño a sí mismo |
| _____ | _____ | Comprobar que nada terrible ha pasado/pasará |
| _____ | _____ | Revisar que no ha cometido ningún error |
| _____ | _____ | Revisión asociada a obsesiones somáticas |
| _____ | _____ | Otras (Describir) _____ |

COMPULSIONES DE REPETICIÓN

- | | | |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | Releer (ej. agenda telefónica, horario de tren) o reescribir |
| _____ | _____ | Necesidad de repetir actividades de rutina (ej. pasar/retroceder a través de una puerta, sentarse/levantarse de una silla, coger/dejar objetos) |
| _____ | _____ | Tocar siguiendo un patrón determinado |
| _____ | _____ | Balancearse |

_____ _____ Girar, dar vueltas siguiendo un ritmo
_____ _____ Girar objetos
_____ _____ Ecolalia
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE CONTAR

_____ _____ Objetos, ciertos números, palabras, etc.
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE ORDENAR/ORGANIZAR

_____ _____ Necesidad de simetría o enrasar (ej. alinear u organizar objetos de una forma específica)
_____ _____ Otros (Describir)_____

COMPULSIONES DE ORDENAR/COLOCAR

_____ _____ Dificultad en tirar cosas a la basura, conservar trozos de papel, cuerda
_____ _____ Otros (Describir)_____

JUEGOS/COMPORTAMIENTOS SUPERSTICIOSOS EXCESIVOS

_____ _____ (Distinguirlos de juegos mágicos apropiados a la edad) (ej. Comportamientos preestablecidos, como pisar las rayas del suelo, o tocar un objeto o a sí mismo un cierto número de veces como rutina para evitar que ocurra algo malo.)
_____ _____ Otros (Describir)_____

RITUALES QUE INCLUYEN A OTRAS PERSONAS

_____ _____ Necesidad de incluir a otras personas (generalmente uno de los padres) en un ritual (ej. Hacerle que conteste repetidamente las mismas preguntas, hacer que el progenitor realice ciertos rituales a la hora de comer o insistir en que el cuidador vista al niño en un orden particular)
_____ _____ Peticiones o demandas repetitivas
_____ _____ Otros (Describir)_____

MISCELANEA DE COMPULSIONES

_____ _____ Rituales mentales (aparte de contar/comprobar)
_____ _____ Necesidad de decir, preguntar o confesar algo
_____ _____ Medidas (no comprobaciones) para prevenir hacerse daño a sí mismo, o consecuencias catastróficas

_____	_____	Comportamiento ritualizado para comer
_____	_____	Comportamiento sexual repetitivo (masturbación)
_____	_____	Excesiva elaboración de listas
_____	_____	Rituales que incluyen parpadear o mirar fijamente
_____	_____	Tricotilomanía (tirarse del pelo), rascarse la piel
_____	_____	Otros comportamientos autolesivos/automutilantes (Describir)_____
_____	_____	_____
_____	_____	Otros (Describir)_____

LISTA DE SINTOMAS COMPULSIVOS PRINCIPALES

COMPULSIONES: Describir, anotando por orden de gravedad, siendo 1 la más grave

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

ITEMS GRAVES:

“Ahora voy a preguntarte sobre las conductas repetitivas que has descrito.” (Revisa los síntomas principales y refiérete a ellos mientras haces las preguntas 1-6)

1. Tiempo dedicado a realizar conductas compulsivas

“¿Cuánto tiempo dedicas a hacer estas cosas? ¿Con qué frecuencia se producen estos hábitos?” (Cuando las compulsiones se producen de forma breve, intermitente, puede ser difícil de evaluar el tiempo dedicado a ellas en términos de horas totales. En estos casos, estima la severidad determinando con qué frecuencia se llevan a cabo. Ten en cuenta tanto el número de veces que se realizan las compulsiones como el número de horas al día.)

0 – Nada	No síntomas
1 – Leve	Dedica menos de una hora al día a realizar las compulsiones, o realización ocasional de conductas compulsivas
2 – Moderado	Dedica entre 1 y 3 horas al día
3 – Grave	Dedica más de 3 y hasta 8 horas al día a realizar compulsiones, o realización muy frecuente de compulsiones

- 4 – Extremo Dedicar más de 8 horas al día a realizar compulsiones, o realización casi constante de conductas compulsivas (demasiadas para contarlas)

1B. Intervalos de tiempo libres de compulsiones

¿Cuánto tiempo está el paciente sin llevar a cabo un comportamiento compulsivo?

- 0 – Nada No síntomas
1 – Leve Intervalo largo libre de síntomas, más de 8 h consecutivas/día
2 – Moderado Más de 3 y hasta 8 horas consecutivas / día libre de síntomas
3 – Severo Corto intervalo libre de síntomas, entre 1 y 3 horas consecutivas/día
4 – Extremo Menos de una hora consecutiva/día libre de síntomas

2. Interferencia de las conductas compulsivas

¿Cuánta interferencia causan estos hábitos en el camino a la escuela o haciendo cosas con la familia y amigos?
¿Estos hábitos prolongan las transiciones de una actividad a otra?

- 0 – Nada
1 – Leve Leve interferencia con actividades sociales y escolares, pero no perjudica el rendimiento general
2 – Moderado Definida interferencia con el rendimiento escolar y social, pero manejable
3 – Severo Causa importante deterioro en el rendimiento escolar y social
4 – Extremo Incapacitante

3. Angustia asociada con la conducta compulsiva

¿Cómo reaccionaría_____ si se le impidiera llevar a cabo sus hábitos compulsivos?

¿Cómo de molesto sería para él si la conducta compulsiva fuera impedida o interrumpida?

(Grado de angustia/frustración que el paciente experimentaría si realizara la compulsión incluso si sus padres no suelen interrumpir las conductas.)

¿Cómo de molesto se muestra mientras lleva a cabo los hábitos compulsivos?

- 0 – Nada No síntomas
1 – Leve Sólo leve ansiedad o frustración si las compulsiones son interrumpidas o solo leve ansiedad o frustración durante la realización de los hábitos compulsivos
2 – Moderado Puede aumentar la ansiedad, pero el paciente permanece manejable si se le impiden las compulsiones. La ansiedad o la frustración son obvias durante la realización de las compulsiones, pero el paciente permanece bajo control
3 – Severo Importante y preocupante aumento de la ansiedad o frustración si las compulsiones son interrumpidas o durante la realización de las compulsiones
4 – Extremo Ansiedad o frustración incapacitante ante cualquier intervención destinada a modificar la actividad compulsiva. La ansiedad o frustración incapacitante se desarrolla durante la ejecución de las compulsiones

4. Resistencia ante las compulsiones

¿Tiene la impresión de que su hijo hace algún intento por controlar sus hábitos compulsivos?

(En el niño no verbal o de bajo funcionamiento, el entrevistador se basa en las impresiones del cuidador principal para evaluar la Resistencia. Si las conductas repetitivas están presentes y los padres no pueden aportar pruebas de que el niño hace un esfuerzo por resistir, una puntuación de 4 es apropiada.) (Este ítem no trata de medir directamente la severidad de las compulsiones, sino evaluar una manifestación de salud, es decir, el esfuerzo que hace el paciente para resistir las compulsiones. Así, cuanto más intente resistir el paciente, menor será el deterioro en su funcionamiento. Si las compulsiones son mínimas, el paciente puede no sentir la necesidad de resistirlas. En estos casos, se da una puntuación de 0.)

- | | |
|--------------|---|
| 0 – Nada | Siempre hace un esfuerzo para resistir, o los síntomas son tan mínimos que no necesita resistirse |
| 1 – Leve | Intenta resistirse la mayoría de las veces |
| 2 – Moderado | Hace algún esfuerzo para resistirse |
| 3 – Severo | Cede ante casi todas las compulsiones sin intentar controlarlas, pero lo hace con cierta reticencia |
| 4 – Extremo | Cede completa y voluntariamente a todas las compulsiones |

5. Grado de control sobre las conductas

¿Existe evidencia que el niño tenga éxito al controlar las conductas compulsivas? (La habilidad del paciente para controlar las compulsiones está estrechamente relacionada con la severidad de las compulsiones.) ¿Puede estar distraído o animado en participar en otra actividad en su lugar?

- | | |
|----------------------|---|
| 0 – Control completo | O las conductas repetitivas son tan leves que su control no es un problema |
| 1 – Mucho control | Puede haber necesidad de realizar conductas repetitivas, pero parece ser capaz de ejercer un control voluntario sobre ellas, por ejemplo, puede ser capaz de emplear una forma menos evidente de conducta repetitiva en público o cuando están presentes sus amigos.) |
| 2 – Control moderado | Algún control sobre las conductas repetitivas. Puede tener una fuerte presión por realizar las conductas, pero el paciente puede ser reconducido fácilmente o se le puede distraer para que no siga con estas conductas |
| 3 – Poco control | Tiene poco control y presumiblemente, un fuerte deseo de llevar a cabo las conductas. Puede estar temporalmente distraído o ser reconducido respecto a la conducta repetitiva, pero rápidamente vuelve a la conducta. |
| 4 – No control | No hay control o capacidad de resistirse a las conductas repetitivas. El paciente no suele responder a la reconducción, la distracción, los recordatorios o a los indicadores para limitar el comportamiento. |

VERSIÓN INFANTIL DE LA ESCALA YALE-BROWN DE OBSESIONES Y COMPULSIONES
 Modificada para TEA/TGD

Nombre _____ Fecha _____

Informe principal _____ Evaluador _____

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
1. Tiempo dedicado	0	1	2	3	4

	No síntomas	Largo	Moderadamente largo	Corto	Extremadamente corto
1b. Intervalo libre de compulsiones	0	1	2	3	4

	Nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema
2. Interferencia	0	1	2	3	4

	Nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema
3. Angustia	0	1	2	3	4

	Siempre resiste	La mayoría del tiempo	Parte del tiempo	De vez en cuando	No resistencia
4. Resistencia	0	1	2	3	4

	Control completo	Bastante control	Control moderado	Poco control	No control
5. Control	0	1	2	3	4

TOTAL (Incluir ítems 1-5)

6. FIABILIDAD:	EXCELENTE = 0	BUENA = 1	RAZONABLE = 2	POBRE = 3
----------------	---------------	-----------	---------------	-----------

Princesas de cristal

Ana López Recalde, Ignacio López-Goñi
y Azucena Díez

Editorial Almuzara. España; 2019. 168 páginas.

Este libro es una pequeña joya que sorprenderá a profesionales de psiquiatría infantil y adolescente, padres y pacientes con Anorexia Nerviosa (AN).

El libro se presenta como escrito a tres voces, Ana la chica con AN, a quien la doctora Díez cambia la forma de escribir su nombre por ANa, su padre, y su médico psiquiatra de niños y adolescentes.

Hay varios detalles del libro que me han sorprendido por la originalidad y te mantiene leyendo. A mí, que por pasarme el día en la consulta, no me suele gustar leer sobre nuestros pacientes, ni ver películas o series de médicos al llegar a casa.

El primero es la **sencillez** en la manera de escribir, y siendo tres autores tan diferentes: una chica de 18 años, el padre Microbiólogo, pero que escribe como padre, y la doctora, la forma de describir las cosas no desentona entre unos y otros, esto lo han conseguido muy bien.

El segundo detalle es cómo **describen el mismo momento desde cada uno de los puntos de vista**. “Recuerdo el primer día que fui a la consulta” Y al rato “Recuerdo perfectamente la primera vez que vino Ana a la consulta”, y lo mismo desde el punto de vista del padre. Cada uno vive el mismo momento de forma muy diferente. A veces, a los padres les parece la culminación de un fracaso entrar en nuestra consulta de psiquiatría, pero del estigma hablamos enseguida. Ya sabía que los pacientes perciben nuestra consulta de maneras muy diferentes, pero el libro lo pone encima de la mesa, porque es fundamental decirlo bien claro. Lo que hace y dice el médico tiene una enorme influencia sobre el paciente que está enfrente. Recuerdo una vez que me hicieron una resonancia para descartar un tema grave, y me fijaba al milímetro en la cara de los técnicos de radiología a ver si podía intuir si eran buenas o malas noticias. Los pacientes se fijan en si nos rascamos la cabeza, si resoplamos, si nos ponemos la mano delante de los labios sujetando la barbilla para pensar..., si parecemos aburridos o con prisa, interesados, entusiastas, si dudamos... Y puede que

lo hagamos por otra razón, pero ellos lo atribuyen a lo que nos acaban de contar. Por eso es importante verbalizar lo que estamos pensando, con palabras sencillas, además de ser empático: “Debe ser muy difícil para ustedes, pero este mismo problema lo he visto muchas veces y tiene tratamiento”.

El tercer punto importante es cómo se trabaja el tema del **estigma** contra la psiquiatría a lo largo del libro. Estigma que impide a los padres pedir ayuda, estigma que mata... Y cómo para describir al paciente con un trastorno psiquiátrico, en español usamos el gentilicio... como si los pacientes “fueran de la enfermedad”. Nunca se dice un “esclerótico múltiple” o un “gonorréico o gonorríta”, pero sí decimos un bipolar, un esquizofrénico, una anoréxica. Anoréxica, natural de Anorexia, una isla desierta en el Caribe, ¿ridículo verdad?, pues eso, no lo volvamos a decir, como dice José Mota “Nuuuunca”. Un paciente con TDAH, con anorexia, con depresión... eso sí.

El cuarto aspecto importante, enlazado con el anterior, en el que la doctora toma partido claramente, ha sido la rabia con la que a lo largo del libro se habla sobre la moda imposible de llevar, las revistas que hablan de dietas, operaciones bikini, ejercicios para sacar tableta, las páginas web pro-anorexia, y la industria de los productos light, farmacias con productos milagrosos y herbolarios etcétera, donde se engaña a la gente, y además se les pone en peligro. Es una maraña en la que estamos inmersos, y las personas vulnerables caen en esas redes. Es como si alguien con adicción a las apuestas o al juego vive en Las Vegas... difícil le resultará recuperarse.

El quinto punto que me ha gustado mucho del libro, es que **tiene música**, sí, música. Desde “Locos bajitos” de Serrat (*a menudo los hijos se nos parecen, y así nos dan la primera satisfacción, esos que se menean con nuestros gestos, y a los que “por su bien” hay que “domesticar”: niño, deja ya de joder con la pelota...*)..Y un rap, a una canción de Maná, música clásica... Lo que fui haciendo a leerlo, y lo que, recomiendo, como ya nunca estos lejos del móvil, y del wify, es buscar la canción y oírla entera... y pensar en lo que dicen los autores.

El sexto aspecto que me ha gustado mucho es que describe los altibajos, de mejoría y recaída, empeoramiento, idas y venidas, tropezones, y vuelta a empezar. Generalmente la gente escribe un libro o un

artículo de los casos que han ido bien...este, no voy a decir el final, pero este es bastante real. El "estar ahí" tanto los padres como la doctora y el equipo (Karol, Maite, Mercedes, Carmen, Irene, la otra Maite, Arancha..., imprescindibles)..es fundamental. Generalmente las cosas no salen a la primera, como dijo Churchill, el éxito es tropezar de fracaso en fracaso sin perder el entusiasmo. El único fracaso es no intentarlo.

Y finalmente, me ha encantado cómo describe tanto la doctora su experiencia personal como psiquiatra, y el trabajo en equipo, como la paciente y sus padres la labor de cada parte del equipo, como un enorme ciempiés donde cada una hace una parte y todos son imprescindibles. La doctora además, habla de su proceso de formación y crecimiento personal, de la gente que le ha ayudado, también mete un poco su punto de vista como mujer, importante en este trastorno. Las reflexiones del padre, su trabajo en casa con su mujer y el resto de la familia,

el papel de la madre, de las amigas...son muchas cosas difíciles de plasmar sin hacer una reseña del libro tan larga como el propio libro.

¿Alguna crítica?, sí, que no sea un libro más largo. Se hace corto, se lee casi de un tirón. Pero está perfecto tal cual es. El libro explica las cosas como un artista cuando hace un cuadro, y no rellena todo el lienzo, es el lector el que rellena las partes en blanco. Eso es lo bueno, que cada uno aporta parte de uno mismo en esta historia, y cada paciente, cada familia, o cada equipo médico en diferentes ciudades o países puede rellenar esos huecos con su experiencia, y será su libro, diferente para cada lector.

¡Una delicia de libro, gracias!

Dr. Cesar Soutullo
Director, ADHD Outpatient Program
The University of Texas Health Science Center at Houston
Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry &
Behavioral Science. ORCID: [0000-0003-4348-0772](https://orcid.org/0000-0003-4348-0772)

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 oxlsx 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 del Niño y del Adolescente (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 [Committee 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
3. Consentimiento informado ([descargar modelo](#))

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

**Las abreviaturas internacionales de las revistas

pueden consultarse en la "List of Journals Indexed in Index Medicus", (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

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

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

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

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

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

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 del Niño y del Adolescente (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 del Niño y del Adolescente (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 CONFLICTOS 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 CONFLICTOS DE INTERÉS

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.