

S
U
M
A
R
I
O

EDITORIAL

Por fin, ¡La especialidad!

María Luisa Lázaro García 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia subjetiva de los padres de niños y adolescentes durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo

M Azul Forti Buratti, Mónica Díaz de Neira Hernando, Leticia Mallol Castaño, Beatriz Isidoro Fernández, Andrea Muñoz Domenjó, Lourdes García Murillo, Inmaculada Palanca Maresca 4

Calidad de Vida de los jóvenes con Trastorno del Espectro Autista en la transición a la edad adulta

A. Maradiaga González, R. Calvo Escalona 14

Búsqueda de fenotipos basados en variables cognitivas y conductuales en el Trastorno del espectro autista

C. Domínguez Martín, L. Gallardo Borge, V. Molina Rodríguez 24

CASO CLÍNICO

Combinación de Clozapina + Aripiprazol en esquizofrenia de inicio muy precoz resistente. A propósito de un caso

A. Osorio Guzmán, B. Antúnez María, R. Hernando Segura, R. Gordo Seco..... 33

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 39

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2021;38(3)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

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

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

César Soutullo

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

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Francisco Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Universidad de Granada.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

José Salavert

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

Juan José Carballo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Madrid.

Óscar Herreros

Universidad de Granada.

Pedro Manuel Ruíz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Rafael de Burgos

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

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

INDIZADA EN:

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

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

Secretaría Técnica AEPNYA
secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

María Luisa Lázaro García 

Presidenta de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), España.

DOI: [10.31766/revpsij.v38n3a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n3a1)

Por fin, ¡La especialidad!

Coincidiendo con la canícula del verano recibimos la noticia esperada desde hace tantos años: el Consejo de Ministros había aprobado el Real Decreto (RD) 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Las gestiones de tantas Juntas Directivas de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) encabezadas por sus presidentes, junto con las de otras sociedades científicas daban resultado, por fin, en el año 2021, con la consiguiente alegría de los profesionales dedicados a evaluar, diagnosticar y tratar a los niños y adolescentes con trastornos mentales y a sus familias.

El año pasado, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil publicaba un artículo histórico cuyos autores, los Dres. María Jesús Mardomingo, Prudencio Rodríguez y Xavier Gastaminza, glosaban la historia de la asociación en su 70 aniversario, e informaban sobre la actividad de las últimas tres décadas, en las que destacaba la continua lucha por la especialidad (1). Esta defensa adquirió fuerza en la década de los 90, años en los que la entonces Asociación Española de Psiquiatría Infantil y Juvenil (AEPIJ) nos iba informando en las asambleas anuales de socios de la necesidad de su creación y de los pasos que se daban para ello. En 1992, los Dres. Pedreira y Rodríguez-Sacristan ya defendían que la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia no era un campo o una dedicación específica de otra especialidad de la medicina, sino que era una enseñanza autónoma y específica y como tal era algo más que una necesidad (2). Al iniciarse el siglo XXI, el entonces presidente, Dr. Mariano Velilla, ya intercedía por la especialidad en los despachos

gubernamentales, y todas las presidentas posteriores, las Dras. María Jesús Mardomingo, María Dolores Domínguez, Josefina Castro y Dolores Moreno, junto con los presidentes de otras asociaciones científicas, fueron remarcando la necesidad de la especialidad en las diferentes dependencias ministeriales. No citaré los numerosos ministros de los partidos políticos que alternaban en el poder, que aun dando buenas palabras y entendiendo la necesidad de la especialidad, no llegaban a aprobarla. Incluso hubo algún anuncio de inmediata aprobación y dimisión tras el anuncio (sin duda por otras razones), de un ministro de sanidad.

Poco tiempo llevo en el cargo de presidenta de AEPNYA, y sólo he recogido el fruto del trabajo de mis antecesores. Comentarios que en este año he podido apreciar que, desde la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, se favoreció la comunicación con las sociedades científicas, existiendo un claro deseo de aprobar esta nueva especialidad por la que tanto se había luchado. Retomaron toda la documentación con la que se había trabajado en los años previos, fundamentalmente el proyecto de Real Decreto de troncalidad y el posterior proyecto de Real Decreto de la especialidad del año 2018, resolvieron las dudas existentes y enviaron todo el expediente al Consejo de Estado para su estudio antes de ser aprobado por el Consejo de Ministros. En este punto he de citar al Dr. Celso Arango, socio de AEPNYA, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y gran impulsor de la creación de la especialidad. Probablemente sin el tesón de él y la presión que ha mantenido en medios gubernamentales y de comunicación, el camino de la aprobación hubiera sido, si cabe, más lento. Ha sido un placer haber compartido con él y con los presidentes de la

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA), Dr. Fernando González, y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Dr. Mikel Munárriz, reuniones en estos últimos meses previos a la aprobación. También ha habido alguna tensión, ya que sorprendente ha sido, en la recta final de su tramitación, las trabas interpuestas por una sociedad científica de compañeros de profesión. Nos queda afirmar que contamos con el apoyo mayoritario del resto de sociedades científicas de Psiquiatría. Esperemos que no haya más obstáculos en el inicio de su andadura.

El apoyo de la ciudadanía siempre ha sido mayoritario. Fundamentalmente el empuje de las familias de pacientes quienes, como la Plataforma de Familias para la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, en el año 2008 convocó manifestaciones públicas ante el Ministerio de Sanidad. Las familias, como no podía ser de otra forma, reclamaban “la necesidad de buenos profesionales para la atención de sus hijos con patología”. A este apoyo continuado a lo largo de los años se unió más recientemente la recogida de firmas, iniciada por nuestra socia, Dra. Concha de la Rosa, con amplia colaboración ciudadana, y que reunió 145.000 firmas que solicitaban el reconocimiento de la especialidad.

La recién aprobada especialidad reconocerá a los profesionales que llevan años dedicándose a ella. No nos olvidaremos de los psiquiatras que han iniciado su dedicación a la infancia y la adolescencia hace poco tiempo y que no cumplen los requisitos del actual RD de la especialidad. Trataremos, desde AEPNYA, poner en conocimiento de la Comisión Nacional de la especialidad estas situaciones, con el fin de que se intenté, con el tiempo, reevaluar algunas de estas realidades. Pero, sin duda, el aspecto más importante de su aprobación será la mejor formación de los futuros psiquiatras infantiles y de la adolescencia. Podrán seguir un programa formativo amplio y de excelencia, sobre las numerosas patologías que acontecen en estas edades, el conocimiento de su etiopatogenia, la realización de un afinado diagnóstico y el abordaje terapéutico más específico para cada uno de ellas. Además, dicho conocimiento se podrá realizar desde los primeros días de vida hasta la edad adulta. Y toda la formación se tendrá que desarrollar en los diferentes recursos asistenciales, desde los más comunitarios a los dedicados a los pacientes más graves y urgentes. La creación de la especialidad ayudará a la creación de unidades docentes potentes con todos o con

una gran mayoría de los recursos asistenciales necesarios para la formación en esta disciplina, y con profesionales con amplia experiencia que además de enseñar, puedan introducir a los futuros psiquiatras “infantiles” en la imprescindible tarea de la investigación. Y, finalmente, no hay que olvidar la también imprescindible mejora en la formación en este primer trayecto vital, de los futuros especialistas en Psiquiatría con un aumento de años de formación, pasando de cuatro a cinco. Muchos son los trastornos que comienzan en edades tempranas de la vida, fundamentalmente los trastornos del neurodesarrollo y que continuaran a lo largo de todo el ciclo vital por lo que su abordaje en edades más tardías necesita de un mayor conocimiento.

En las últimas décadas hemos experimentado cambios sociales (nuevas estructuras familiares, estilo de vida más individualista, crecimiento de internet y redes sociales..) que han impactado considerablemente en las vidas de los niños y adolescentes y de sus familias. Por otra parte, las condiciones de vida en las que los niños se desenvuelven, en muchas ocasiones con desigualdad, pobreza o marginalidad están influyendo notablemente en su salud mental. A ello hay que sumar, el cada vez mayor número de niños y adolescentes desplazados forzosamente como resultado de persecuciones, conflictos bélicos, violación de derechos humanos. El aumento de poblaciones vulnerables hace muy necesaria la realización de medidas preventivas con el fin de reducir el estrés psicológico y de tratar los trastornos ya establecidos, todo ello llevado a cabo por profesionales con amplios conocimientos, habilidades y prácticas transculturales (3). Además, no hay que olvidar como la pandemia ha provocado en niños y adolescentes inquietud, tristeza, irritabilidad o rabia, agravando trastornos ya existentes, aumentando síntomas de ansiedad y depresión, o iniciándose nuevos trastornos. Es tarea de todos dar una asistencia a las poblaciones vulnerables y/o con patología mental, lo que solo podrán realizar desde una amplia y exigente formación y desde estructuras sanitarias bien dotadas y consolidadas.

Remarcar finalmente mi reconocimiento a todos los directivos de las Juntas previas que lucharon por la especialidad, de nuestra sociedad o de las ya citadas con las que hemos recorrido este camino, y también a los técnicos y políticos que han dado los pasos para su aprobación. Pero sin duda quiero dejar patente el agradecimiento a los pacientes y familiares que nos ayudado en este largo camino y a todos los psiquiatras

dedicados a esta profesión que con vocación, empatía y responsabilidad han sabido formarse y trabajar por y para ellos.

REFERENCIAS

1. Mardomingo MJ, Rodríguez Ramos P, Gastaminza X. Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA) en su setenta aniversario. *Rev Psiq. Infanto-Juvenil*. 2020; 37(2). <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a2>
2. Pedreira Massa JL, Rodríguez-Sacristán J. Formación en Psiquiatría Infantil en España: algo más que una necesidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1993; 13(Suplemento II): p. 13-21. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15306/15167>
3. Lázaro García L. Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Rev Psiq. Infanto-Juvenil*. 2020; 37(2): p. 3-5. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>

M Azul Forti Buratti ^{1*} 
Mónica Díaz de Neira Hernando ¹ 
Leticia Mallol Castaño ¹ 
Beatriz Isidoro Fernández ² 
Andrea Muñoz Domenjó ³ 
Lourdes García Murillo ¹ 
Inmaculada Palanca Maresca ¹ 

1. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.
2. Hospital Universitario del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España.
3. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

M. Azul Forti Buratti
Correo electrónico: azulfortiburatti@gmail.com

Experiencia subjetiva de los padres de niños y adolescentes durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo

Children's and Adolescents' Parents Experiences During Lockdown in Spain: A Descriptive Study

RESUMEN

Introducción: En marzo de 2020 se decretó un confinamiento en España muy estricto, de al menos 6 semanas de duración, y para toda la población. Esto provocó grandes cambios en la vida de las personas en general, de niños y adolescentes y sus familias en particular. **Objetivos:** Estudiar la experiencia subjetiva del confinamiento por la pandemia por SARS-CoV-2 en España de los padres de niños y adolescentes, en población general y población clínica. **Material y métodos:** Se realizó una encuesta *ad hoc* y se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y clínicas, así como el Cuestionario de Capacidades y Dificultades SDQ. La encuesta se compartió a través de redes sociales. Se envió también a padres de pacientes de salud mental en seguimiento en el centro de salud mental de zona. **Resultados:** Un total de 243 progenitores participaron en el estudio. Un 17,7% trabajaban como sanitarios o en residencias y el 79% de la muestra vivía en la Comunidad de Madrid. En general, la percepción de los padres sobre la experiencia de los hijos/as obtuvo puntuaciones positivas. Un total de 241 progenitores completaron el cuestionario SDQ. En las comparaciones por profesión, lugar de residencia o antecedentes de salud mental, estos 3 fueron factores de riesgo para obtener mayores

ABSTRACT

Introduction: In March 2020, as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic, a lockdown of at least 6 weeks was set for all residents in Spain. This was a major event for everyone, especially for children and adolescents, and their families. **Aim of the study:** To study parents' experience of their children during the lockdown in Spain, in clinical and general population. **Methods:** We developed an *ad hoc* questionnaire, with sociodemographic and clinical variables. We also asked to complete the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), parents' version. Questionnaires were sent by email to Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) patients, as well as shared in social media. **Results:** 243 parents completed the questionnaire. 17.7% parents were "risk" workers (health workers or nursing home workers). 79% of the sample lived in the region of Madrid. In general, parents' perceptions of their children were better than expected. 241 parents completed the SDQ. Comparisons according to risk factors showed that being a risk worker, living in Madrid or having a mental health history were risk factors to score higher in the SDQ. **Conclusions:** Being a risk worker, place of residency and mental health history increased SDQ scores. Long term studies

puntuaciones en el SDQ. **Conclusiones:** Profesión de riesgo en los padres, lugar de residencia o seguimiento en salud mental pueden afectar más negativamente a los hijos, según perciben los padres. Será necesario realizar estudios a medio largo plazo para valorar el impacto real de la pandemia en las familias y sus integrantes.

Palabras clave: Padres, niños, adolescentes, confinamiento, SARS-CoV-2.

are needed to further study the consequences of the lockdown in children, adolescents and their families. **5**

Keywords: Parents, children, adolescents, lockdown, SARS-CoV-2.

INTRODUCCIÓN

El día 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por el nuevo coronavirus *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-CoV-2), identificado en China el 7 de enero de 2020. En España, el primer caso fue notificado el 31 de enero de 2020, siendo identificados los primeros casos en la península a finales de febrero en la Comunidad de Madrid, siendo esta Comunidad Autónoma una de las más afectadas por el brote de Coronavirus. El día 11 de marzo de 2020, el Gobierno de la Comunidad de Madrid determinó el cierre de los colegios. El día 14 de marzo de 2020, el Gobierno de España declaró el estado de alarma (1) que incluyó una serie de estrictas medidas de distanciamiento social para 47 millones de españoles: confinamiento en casa, distancia social, cierre de colegios y universidades, de lugares de trabajo y restricciones de movilidad.

Con todo ello, la pandemia por SARS-CoV-2 ha dado lugar a importantes cambios en el modo de vida de las personas y en concreto de los niños y adolescentes. Según la evidencia científica actual, los niños y adolescentes son igualmente vulnerables a la infección por el nuevo coronavirus, aunque es menos probable que sean sintomáticos o presenten cuadros graves. Según los datos publicados por el *Chinese Centers for Disease Control and Prevention* el 11 febrero de 2020, sólo el 2% de los casos reportados eran menores de 19 años (2).

Sin embargo, a pesar de que la infección por coronavirus no supone una amenaza tan directa para la salud de los menores como para los adultos, sí representa una amenaza indirecta para el bienestar emocional de niños y adolescentes. En esta situación de pandemia, a diferencia de otras situaciones de catástrofes o desastres, otras medidas pueden tener un impacto adicional en la salud mental de los menores: en concreto, el confinamiento en casa, medida sólo impuesta en una emergencia para la salud pública y en el caso de España con una duración y medidas restrictivas sin precedentes. A diferencia de epidemias o pandemias anteriores, no se trata de una cuarentena para aislar a infectados, sospechosos o contactos, si no de confinar a toda la población con unas estrictas medidas que han prohibido durante al menos 6 semanas la salida del domicilio bajo ningún pretexto a niños y adolescentes (3-6).

Las consecuencias de esta situación sobre la salud mental de la población general, y en concreto de la salud mental de los menores, son aún desconocidas, pero se anticipan importantes y duraderas (7). Basándose en la experiencia de epidemias anteriores, Huremović (7) destaca que los aspectos psicológicos que conlleva el confinamiento deberían ser tenidos en cuenta de forma precoz y deben ser atendidos en el curso de la intervención en la pandemia de forma que se reduzca la percepción de aislamiento y de incertidumbre que puede incrementar la ansiedad y la desesperación en las personas. Atender los aspectos psicológicos del distanciamiento social probablemente tiene ventajas

6

no sólo a largo plazo, reduciendo la incidencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT), ansiedad, depresión o abusos de sustancias, sino también, desde el inicio, aumentando la adherencia a las normas de confinamiento dadas.

En la población infantil y adolescente, el confinamiento implica serios cambios: interrupción de la escolarización ordinaria, con la repercusión académica y la interrupción de convivencia con iguales, la prohibición de salir de casa y desarrollar las actividades que previamente se hacían (extra-escolares, salidas con amigos, fiestas, deporte, etc.), obligatoriedad de convivencia y de compartir más tiempo con el núcleo familiar habitual, padres y hermanos o con padrastros/ hermanastros, con los que existía una relación previa, conflictiva o no; posible mayor tiempo de exposición a pantallas, pérdida de rutinas y hábitos de higiene, de alimentación y sueño, etc. Todos ellos son factores que pueden incidir en la repercusión sobre la salud mental de los menores y su experiencia subjetiva de la situación vivida (3-5). En otro sentido, el confinamiento en casa de adultos y menores puede aportar algunas experiencias positivas como el hecho de convivir mayor tiempo y compartir actividades de ocio entre padres e hijos, con una posible mejora en la supervisión de los adolescentes, más diálogo o más disfrute compartido (8). Las condiciones de la vivienda y la naturaleza de las relaciones familiares previas así como la salud física y mental previa de los niños y adolescentes y de sus adultos cuidadores son factores que pueden hacer más vulnerables o resilientes a los menores para afrontar esta situación. Sin embargo, aunque el confinamiento es una experiencia única para todos los menores, el riesgo para la afectación de su bienestar psíquico lo es más para aquellos más vulnerables, en concreto para aquellos que padecen problemas previos de salud mental (9).

En un estudio en población general sobre el efecto del confinamiento en la salud mental que fue llevado a cabo en Toronto en la epidemia del SARS (2002) con un tiempo medio de cuarentena de 10 días, se observó una relación estadísticamente significativa entre la duración de la cuarentena y los síntomas de TEPT, al igual que se observó mayor puntuación en la escala de depresión. La convivencia o contacto

con alguien hospitalizado se asociaba a mayor puntuación en la escala de TEPT (10).

En estudios recientes en población de niños y adolescentes en esta pandemia por SARS-CoV-2 se objetiva una mayor prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad (11) así como conductas de mayor apego, inatención, irritabilidad, preocupación, temor por la salud de otros, cambios en apetito y sueño, etc. (12).

Si bien estos artículos identifican psicopatología, es decir, las reacciones emocionales de los niños y adolescentes ante la situación vivida, ninguno identifica cuáles son las experiencias subjetivas de los menores y en qué medida esta experiencia ha modificado sus relaciones con la familia, los amigos, el ocio o incluso consigo mismos.

En lo asistencial, la pandemia por SARS-CoV-2 ha supuesto un importante desafío para el sistema sanitario en la Comunidad de Madrid. Esto ha exigido una reorganización de la atención psiquiátrica de niños y adolescentes. En el ámbito hospitalario, se redujeron de 73 a 41 las camas de hospitalización breve. En la atención ambulatoria, los seis Hospitales de Día de niños y adolescentes suspendieron su actividad presencial al quedar prohibidas las terapias grupales presenciales. Las consultas ambulatorias fueron canceladas excepto las preferentes. De este modo la atención en salud mental a niños y adolescentes se ha realizado en forma de llamadas telefónicas y en menor grado, por limitaciones logísticas, videollamadas. Esta situación ha supuesto la brusca interrupción de las intervenciones terapéuticas al uso de todos los menores en tratamiento en salud mental, que se une a la interrupción de la escolarización y la experimentación de una situación vital completamente nueva y por un período de tiempo sin precedentes.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este estudio es conocer la experiencia de los padres sobre la experiencia de los hijos (pacientes con problemas de salud mental o no) en el confinamiento y explorar si existen diferencias (por edad, sexo o en función del tipo de trabajo

de los padres y madres) en el modo en el que los menores han vivido la situación de confinamiento. Dicho conocimiento servirá para entender mejor sus vivencias y por tanto, poder dirigir estrategias futuras para la promoción de su resiliencia y la prevención de consecuencias negativas que dicha experiencia pudiera ocasionar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Procedimiento

Se trata de un estudio transversal observacional que abarca el periodo de seis semanas desde el inicio del confinamiento hasta 45 días después de la finalización del mismo.

Se distribuyeron encuestas a través de internet que fueron elaboradas *ad hoc* para ser cumplimentadas de forma anónima por los sujetos del estudio. Las encuestas se realizaron a través de Formularios Google. No se recogió ni rastreó ningún dato de carácter personal que permitiese la identificación de los participantes. En el caso de los pacientes en seguimiento en los servicios de salud mental, se informó a los padres por teléfono de la posibilidad de participar en el estudio solicitando su permiso para enviar el enlace a su email o bien a su teléfono, asumiendo la autorización para la participación en el mismo al facilitar esta información. En la población no clínica, las encuestas fueron difundidas a través de la red social WhatsApp® a través de diversos grupos. Se envió el enlace de la encuesta que te dirigía directamente al formulario para poder completarla. En este caso, no se pidió consentimiento informado, ya que no se hizo uso del mail en esta población, ni ningún otro dato de carácter personal que permitiera la identificación de las personas que completaban la encuesta, pero sí que se dio una explicación de la encuesta y de los objetivos del estudio en los grupos de difusión.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

El tratamiento de los datos recogidos cumplió con el marco legal establecido en la Ley Orgánica de Protección de Protección de Datos Personales 3/2018.

Población

La población está compuesta por padres y madres de niños/as y adolescentes de la población general y en seguimiento en salud mental.

Instrumentos

La encuesta sobre la experiencia de progenitores recogió variables sociodemográficas (edad, sexo, progenitores con trabajos en el ámbito sanitario, residencia en la Comunidad de Madrid y seguimiento previo en Salud Mental) y clínicas a través de diez preguntas desarrolladas *ad hoc* para el estudio sobre cambios durante el confinamiento respecto al tiempo previo al confinamiento, sobre diferentes aspectos relacionados con la convivencia familiar y la percepción parental de los hijos, así como preguntas sobre el bienestar general de los padres y la repercusión personal negativa de la pandemia. Las respuestas se realizan en base a una escala numérica donde 0 es “peor que antes”, 5 “igual que antes” y 10 es “mejor que antes”.

Se incluyó además el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ) (13), versión padres. Se trata de un cuestionario que consta de 25 ítems, con tres opciones de respuesta, que se agrupan en 5 subescalas (hiperactividad, síntomas emocionales, problemas de comportamiento, problemas de relaciones con iguales y conducta prosocial).

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los resultados de la muestra. Para las variables cuantitativas, se calcularon las medias como medidas de tendencia central, y las desviaciones típicas como medidas de dispersión. Se realizó el test de t-student para estudiar la asociación entre la puntuación de SDQ (variable continua) y las variables estudiadas (edad, sexo, padres sanitarios, residencia en la Comunidad de Madrid y seguimiento previo en Salud Mental).

Se consideraron estadísticamente significativas aquellas asociaciones con una p valor inferior a 0,05.

Los procedimientos estadísticos fueron llevados a cabo mediante el software IBM SPSS 20.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por un total de 243 progenitores/as, de los cuales el 17,7% trabajaban como sanitarios o en residencias. La media de hijos para cada progenitor participante fue de 2.02, con una desviación típica de 0,74. El 46,1% tenían al menos un hijo que había realizado tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en el último año.

El 79% de la muestra vivía en la Comunidad de Madrid, el 9,5% en Andalucía, el 2,1% en Cantabria, el 2,9% en Castilla y León, el 2,1% en Cataluña, 1,6% en Castilla La Mancha, el 1,2% en Murcia, el 0,8% en La Rioja, el 0,4% en Aragón y el 0,4% restante en las Islas Canarias. Dentro de la Comunidad de Madrid los participantes eran de 31 municipios diferentes.

La edad media de los menores en seguimiento en salud mental fue de 13,20 (3,38) años, la edad media de los menores sin seguimiento en salud mental fue de 7,52 (3,82) años.

En la [tabla 1](#) se recogen los diagnósticos principales de los 112 menores en seguimiento en salud mental, cuyos padres completaron la encuesta.

Tabla 1. Diagnósticos principales de los menores con seguimiento en salud mental, cuyos progenitores participaron en el estudio

Diagnósticos/problemas principal	N (112)	%
Ansiedad	19	17,0
Depresión	13	11,6
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	41	36,6
Trastorno de conducta	11	9,8
Trastorno del espectro autista	13	11,6
Problemas de adaptación	6	5,4
Otros	3	2,7
Sin diagnóstico/Desconocido	5	4,5

Respecto a los resultados de nuestro cuestionario, en la [tabla 2](#) se resumen los resultados de las preguntas realizadas a los progenitores participantes acerca de la experiencia subjetiva durante la pandemia.

Un total de 241 progenitores completaron el cuestionario SDQ. Los resultados generales del cuestionario se encuentran recogidos en la [tabla 3](#).

Tabla 2. Resultados de las respuestas de los progenitores al cuestionario realizado *ad hoc*

	Media	Desviación típica
Factores emocionales	3,64	2,65
Problemas de conducta	2,80	2,04
Hiperactividad	5,17	2,56
Problemas con iguales	2,40	2,13
Conducta prosocial	7,16	1,95
Total de dificultades	14,02	7,03

Tabla 3. Resumen de los resultados del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)

	Media	Desviación típica
En qué medida ha podido explicar la situación del coronavirus	8,14	2,09
Cómo ha sido la relación y comunicación con hijos	6,98	2,21
Cómo ha sido el ambiente familiar	6,79	2,18
Cómo ha sido el disfrute en familia	7,26	2,26
Cómo han sido los conflictos familiares	5,63	2,35
Cómo ha llevado la situación de confinamiento	6,94	2,74
Ha cambiado la reacción de su hijo a lo largo del confinamiento	5,20	2,98
En qué medida ha estado preocupado por su hijo/a	4,17	3,38
En qué medida ha sufrido consecuencias personales negativas	6,02	2,92
Cómo se ha sentido padre/madre	5,21	2,72

Respecto a las puntuaciones en el SDQ se pueden observar las diferencias de medias según si un progenitor trabajaba o no en alguna profesión de riesgo (como sanitarios o trabajadores de residencias), si vivían o no en la Comunidad Autónoma de Madrid y si tenían algún hijo/a en seguimiento en Salud Mental o no (ver [tablas 4A](#), [4B](#), [4C](#) respectivamente).

DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio es valorar la vivencia subjetiva de los progenitores durante el confinamiento desde el punto de vista familiar, estudiar cuál ha sido su visión del estado de sus hijos e hijas así como las variables que han podido influir tanto en su vivencia como en su percepción.

Tabla 4A. Diferencias de medias en las puntuaciones en el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) según si un progenitor trabajaba o no en alguna profesión de riesgo

SDQ	Trabajador/a de riesgo		Otras profesiones		t	IC	p
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica			
Factores emocionales	3,82	2,750	2,84	2,011	2,698	(0,257) - (1,705)	0,009
Problemas de conducta	2,28	1,709	2,92	2,088	1,878	(-0,031) - (1,312)	0,062
Hiperactividad	4,05	2,370	5,42	2,535	3,254	(0,542) - (2,204)	0,001
Problemas con iguales	1,86	1,740	2,52	2,188	1,839	(-0,047) - (1,356)	0,067
Conducta prosocial	7,23	2,147	7,15	1,907	-0,262	(-0,733) - (0,561)	0,793
Total de dificultades	11,02	5,414	14,67	7,186	3,758	(1,716) - (5,581)	0,000

Tabla 4B. Diferencias de medias en las puntuaciones en el SDQ según si vivían o no en la Comunidad Autónoma de Madrid

SDQ	Residen en la CAM		Residen en otras comunidades		t	IC	p
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica			
Factores emocionales	3,89	2,671	2,71	2,402	-2,881	(-2,002) - (-0,376)	0,004
Problemas de conducta	2,96	2,075	2,24	1,795	-2,269	(-1,350) - (-0,095)	0,024
Hiperactividad	5,43	2,524	4,24	2,479	-3,003	(-1,972) - (-0,410)	0,003
Problemas con iguales	2,61	2,220	1,63	1,523	-3,659	(-1,507) - (-0,448)	0,000
Conducta prosocial	7,01	2,018	7,73	1,550	2,730	(0,195) - (1,234)	0,007
Total de dificultades	14,88	6,968	10,80	6,372	-3,779	(-6,208) - (-1,953)	0,000

Tabla 4C. Diferencias de medias en las puntuaciones en el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) según si tenían algún hijo/a en seguimiento en Salud Mental o no

SDQ	Seguimiento en Salud Mental de algún hijo		Sin seguimiento en Salud Mental		t	IC	p
	Media	Desviación típica	Media	Desviación típica			
Factores emocionales	5,21	2,602	2,33	1,879	-9,683	(-3,468) - (-2,294)	0,000
Problemas de conducta	3,59	2,304	2,15	1,499	-5,653	(-1,951) - (-0,941)	0,000
Hiperactividad	6,08	2,439	4,41	2,408	-5,330	(-2,287) - (-1,053)	0,000
Problemas con iguales	3,52	2,200	1,46	1,531	-8,282	(-2,551) - (-1,570)	0,000
Conducta prosocial	6,60	2,231	7,63	1,530	4,114	(0,538) - (1,529)	0,000
Total de dificultades	18,40	6,514	10,34	5,091	-10,546	(-9,563) - (-6,550)	0,000

Una de las preguntas clave que se han planteado los gobiernos y los sistemas sanitarios es hasta qué punto la pandemia por SARS-CoV-2 y las medidas de distanciamiento asociadas afectan al bienestar de las familias y los comportamientos de los padres (14). La pandemia por SARS-COV-2 y las medidas sociales establecidas pueden afectar a los comportamientos de los padres, en la calidez de la relación con sus hijos y en la crítica expresada (14).

Los resultados de nuestro estudio permiten ver cómo las medidas de distanciamiento social no han

tenido un impacto tan negativo como se hipotetizaba en un primer momento. Los progenitores perciben incluso una mejoría en cuanto a la relación y la forma de comunicación con sus hijos (6,98/10) sin que aumenten los conflictos familiares (5,63/10), se demuestra que los progenitores han podido explicar la situación de pandemia a sus hijos sin mayores dificultades (8,14/10). Distintas asociaciones de psicología y psiquiatría del niño y del adolescente han destacado que una comunicación sensible y efectiva sobre las enfermedades que pueden poner

10

en peligro la vida, tiene importantes beneficios para los niños, niñas y adolescentes así como para el bienestar psíquico de las familias (15).

En este sentido, es importante tener en cuenta el crecimiento psicológico post-traumático; con respecto al crecimiento psicológico, estudios previos sobre eventos relacionados con el trauma han demostrado que la mayoría de las personas expuestas, desarrollan cambios positivos en sus actitudes, comportamientos y valores (16). Es importante conocer la vivencia de las familias durante la pandemia SARS-COV-2 y cuáles han sido sus dinámicas relacionales. En este sentido, otros estudios confirman que las creencias y pensamientos basados en el bienestar están directamente relacionados con el crecimiento postraumático y es posible que este crecimiento esté relacionado con emociones y experiencias positivas que los individuos hayan tenido durante el confinamiento (17). Nuestro estudio demuestra un aumento en la percepción del disfrute en familia (7,26/10) y una vivencia de mejora en el ambiente familiar (6,79/10), ambos factores muy importantes a la hora de generar crecimiento emocional. Padres e hijos han podido compartir más tiempo en familia a pesar del teletrabajo y de las clases en línea, de alguna manera han tenido que bajar el ritmo de vida y las exigencias sociales desaparecieron durante esas 6 semanas; esto ha permitido a las familias “reencontrarse” y buscar estrategias adaptativas para mejorar sus relaciones.

A nivel personal, los progenitores han tenido una vivencia más negativa del confinamiento (6,94/10) que la que han tenido en un contexto familiar, la vivencia de la pandemia en soledad ha podido ser mucho más negativa que para aquellos que han estado acompañados de sus familias; las relaciones sociales y la identificación con los otros son predictores de una respuesta resiliente a la SARS-COV-2 (18). Otros estudios van en la misma línea y también han demostrado un aumento del afecto negativo en los padres durante el confinamiento y no así en los adolescentes (14). En otro estudio, la mayoría de los padres que responden las encuestas informan de haber experimentado síntomas de ansiedad, depresión y falta de sueño (19, 20).

La resiliencia ha jugado un papel muy importante durante esas semanas y esta resiliencia se favorece gracias a las relaciones íntimas y a los vínculos (20), por lo que podemos pensar que las relaciones familiares han sido un factor positivo para los individuos de las propias familias.

De manera general, la vivencia del confinamiento en familia no ha sido negativa (6,94/10); esta vivencia de cierto control parental ha podido ser un factor protector para el bienestar emocional de sus hijos, ya que los padres no han estado más preocupados por sus hijos (4,17/10). Estos resultados de nuestro estudio van en la misma línea de otras investigaciones que también demuestran que lo que podría tener un efecto positivo sobre el bienestar emocional de los niños es el hecho de que los padres se sintieran capaces de gestionar la situación y ejercer un papel parental estable (21). La capacidad de regulación de los padres influye directamente sobre la capacidad de regulación de los hijos.

Otros estudios, sin embargo, demuestran que las medidas de confinamiento y los cambios de rutina han afectado negativamente a la psicología de los padres, exponiendo así a los niños a un riesgo significativo en su bienestar (22). Esto demuestra la heterogeneidad de algunos resultados y cómo los individuos pueden responder de diversas maneras en una situación de estrés como es la pandemia por SaRs-CoV2. La realidad es que, aunque no se haya vuelto a imponer un confinamiento estricto, la pandemia ha cumplido ya un año desde su inicio por lo que el estrés y la incertidumbre siguen estando presentes en la población; se han modificado muchas de las formas de trabajar, promocionándose el teletrabajo en la medida de lo posible. También se han modificado la asistencia académica, con un mayor formato en línea, y la manera de relacionarnos; son muchos los meses que algunas familias llevan sin reunirse y sin contar con ningún apoyo a otro nivel, lo que puede suponer un importante factor de estrés añadido. Además, existen otros factores como son el desempleo de los padres, la inseguridad financiera y la falta de tiempo libre, que se han asociado con un mayor agotamiento de los padres (23). El agotamiento de los padres se define como una respuesta prolongada al estrés parental crónico

y abrumador (24). Las investigaciones que han examinado las condiciones previas que predicen el agotamiento de los padres sugieren que hay varios factores que son particularmente relevantes durante la pandemia por SARS-COV-2 (25).

Respecto al cuestionario SDQ que han completado los progenitores de nuestra muestra, se pueden observar diferencias de medias estadísticamente significativas en el Total de Dificultades tanto si los padres son trabajadores sanitarios, viven en la Comunidad de Madrid (zona de mayor riesgo) y tiene un hijo o hija en seguimiento en Salud Mental.

En el SDQ se han visto diferencias significativas cuando los padres tenían un hijo en seguimiento en Salud Mental y, entre los diagnósticos, el de mayor incidencia (41%) ha sido el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

No debemos ignorar el hecho de que la muestra de progenitores del estudio consta de un 17,7% que son personal sanitario y para quienes el confinamiento tiene un efecto diferente (mantienen rutinas de trabajo, mayor estrés percibido en el trabajo).

Para estos padres y madres, su condición de trabajador sanitario o de residencia ha podido suponer un factor estresante: el hecho de tener que salir cada día a trabajar y exponerse al contagio con el consiguiente riesgo de contagiar posteriormente a sus familias, vivir la enfermedad desde cerca, así como largas jornadas laborales, han podido influir en un empeoramiento en la salud mental de estos progenitores y en consecuencia un empeoramiento en el ambiente familiar.

Los resultados del estudio coinciden con lo que informan otros estudios realizados(19) donde se observa que, a pesar del importante factor de estrés que es la pandemia por SARS-CoV-2, en las familias existe una mayor percepción de control sobre los menores, siendo este un factor protector.

Por otro lado, los padres perciben que los hijos no han tolerado mal la situación de confinamiento. Uno de los componentes que han sido relevantes durante las medidas de distanciamiento social ha sido el uso de nuevas tecnologías, con mayor uso de redes sociales y formas en línea de estudio como alternativas al ocio habitual. Los niños y adolescentes son nativos digitales, por lo que su capacidad de

adaptación a estas formas de comunicación y relación interpersonal puede ser más sencilla que en otros estratos de la población. Por ejemplo, en el estudio de Ying (26) se describen los efectos de la educación en casa durante la pandemia; el 76% de los estudiantes tenían una buena percepción de este modelo de educación siendo los padres los que reportaban mayor preocupación por los efectos negativos que pudiera tener este modelo.

A pesar de que estas nuevas formas de convivencia, con mayor intensidad y cercanía y asociando un importante factor de estrés, podrían hacer pensar en un empeoramiento en la convivencia, en los resultados de nuestro estudio se puede ver como no se reporta un aumento de conflictos en el domicilio.

Fortalezas

El estudio se realizó durante el periodo de confinamiento o poco después, por lo que se reduce el riesgo de sesgo de memoria a la hora de recoger los datos. Al ser anónimo es más probable que los participantes respondan sinceramente.

Limitaciones

Las limitaciones del estudio derivan directamente del tamaño muestral, 243 progenitores, recogidos de una muestra mayoritariamente de la Comunidad de Madrid, lo que reduce la validez externa del estudio. No obstante, entre los resultados de las distintas comunidades autónomas no se han obtenido diferencias significativas a pesar de tener afectación en distinto grado. Por otro lado, no se recogen en el estudio otras variables que puedan afectar a la heterogeneidad de las experiencias vividas por los progenitores y que puedan condicionar las respuestas en el estudio.

CONCLUSIONES

En el periodo evaluado se ha detectado una percepción por parte de los padres de mejoría en las relaciones familiares. Cabe destacar que los padres con trabajos de riesgo durante la pandemia, que residen en la comunidad de Madrid o cuyos hijos

hacen seguimiento en salud mental, han puntuado más alto en el SDQ, como un indicador indirecto de mayores dificultades a nivel de psicopatología.

Aunque los resultados globales no son tan preocupantes como inicialmente se había planteado, sí que es importante recordar que los resultados hacen referencia a la experiencia en los primeros meses de pandemia. Son necesarios estudios a largo plazo, para poder valorar el impacto real de la pandemia en las familias y que desde los gobiernos y políticas de sanidad se hagan intervenciones de apoyo a los padres y a sus hijos.

REFERENCIAS

1. Boletín Nacional del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. [Online].: Gobierno de España; 2020. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3692>.
2. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2020; 39(5): 355-68. <https://doi.org/10.1097/inf.0000000000002660>
3. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2020; 4(5): 347-49. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
4. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet (London, England).* 2020; 395(10228): 945-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
5. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2020; 4(6): 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
6. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395(10227): 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
7. Polšek D, Huremović D, editor. *Psychiatry of Pandemics: a Mental Health Response to Infection Outbreak.* *Croat Med J.* 2020; 61(3): 306. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.306>
8. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet.* 2020; 395(10231): e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
9. Pfefferbaum B, North C. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med.* 2020; 383: 510-12. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
10. Hull H. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11(2). <https://doi.org/10.3201/eid1102.040760>
11. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr.* 2020; 174(9): p. 898-900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
12. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020; 221(264-6.e1). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
13. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997; 38(5). <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
14. Janssen LHC, Kullberg MJ, Verkuil B, van Zwieten N, Wever MCM, van Houtum LAEM, et al. Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting. *PLoS One.* 2020; 15(10): p. e0240962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240962>
15. Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España. Informe: Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría

- y Psicología Clínica Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, editor.; 2020.
https://www.sepyrna.com/documentos/2020_InformeCOVID_final.pdf
16. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74(5): p. 797-816.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
 17. Vazquez C, Valiente C, García FE, Contreras A, Peinado V, Trucharte A, et al. Post-Traumatic Growth and Stress-Related Responses During the COVID-19 Pandemic in a National Representative Sample: The Role of Positive Core Beliefs About the World and Others. *J Happiness Stud.* 2021; 22: p. 2915-35.
<https://doi.org/10.1007/s10902-020-00352-3>
 18. Valiente C, Vázquez C, Peinado V, Contreras A, Trucharte A, Bentall R, et al. VIDA-COVID-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: Información, percepción de riesgo, creencias sociopolíticas y salud mental (18 a 75 años): Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Sheffield; 2020. <https://www.ucm.es/inventap/file/vida-covid19--informe-ejecutivo-1-26-abril-final-1>
 19. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Enos Watamura S, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* 2020; 110(Pt 2): p. 104699.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>
 20. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry.* 2011; 56(5): p. 258-65.
<https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
 21. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol.* 2020; 11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
 22. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, et al. Stress, Resilience, and Well-Being in Italian Children and Their Parents during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(22).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>
 23. Sorkkila M, Aunola K. Risk factors for parental burnout among Finnish parents: the role of socially prescribed perfectionism. *J Child Fam Stud.* 2020; 29(2): p. 648-659.
<https://doi.org/10.1007/s10826-019-01607-1>
 24. Mikolajczak M, Gross JJ, Roskam I. Parental Burnout: What Is It, and Why Does It Matter? *Clinical Psychological Science.* 2019; 7(6): p. 1319-29. <https://doi.org/10.1177/2167702619858430>
 25. Griffith AK. Parental Burnout and Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic. *J Fam Violence.* 2020.
<https://doi.org/10.1007/s10896-020-00172-2>
 26. Zhao Y, Guo Y, Xiao Y, Zhu R, Sun W, Huang W, et al. The Effects of Online Homeschooling on Children, Parents, and Teachers of Grades 1-9 During the COVID-19 Pandemic. *Med Sci Monit.* 2020; 26(e925591).
<https://doi.org/10.12659/MSM.925591>

A. Maradiaga González¹
R. Calvo Escalona^{1*}

1. Hospital Clínico de Barcelona, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Rosa Calvo Escalona
Correo electrónico: rcalvo@clinic.cat

*Calidad de Vida de los jóvenes con
Trastorno del Espectro Autista en la
transición a la edad adulta*

*Quality of Life of youths with Autism
Spectrum Disorder During their
Transition to Adulthood.*

RESUMEN

Introducción: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Sin embargo, apenas existen estudios sobre la transición a la vida adulta de las personas con TEA y aún menos sobre su calidad de vida. **Método:** Estudio descriptivo de los mayores de edad con diagnóstico de TEA transferidos desde un centro de salud mental infanto-juvenil comunitario y urbano al dispositivo de salud mental de adultos correspondiente, entre los años 2016 a 2019. Participaron 17 de los 47 sujetos elegibles, completando cuestionarios de calidad de vida y psicopatología y respondiendo una entrevista semiestructurada sobre su funcionamiento y desempeño académico y laboral. **Resultados:** Los participantes, con una media de edad de 21,59 (2,18 dt) años, informaron de una calidad de vida inferior a la reportada en muestras de población general, especialmente en salud psicológica. El 70% de todos ellos presentaba un trastorno comórbido al TEA y cuanto más elevadas fueron sus puntuaciones en depresión, más se asociaron a una peor calidad de vida. Dos tercios de estos jóvenes cursa o ha terminado ya estudios superiores. Todos ellos continúan conviviendo con su familia de origen y tan solo una minoría (11,8%) ha tenido una relación de pareja o tiene un empleo (17,6%). **Conclusión:** Pese a los incuestionables logros funcionales de estos jóvenes, casi la mitad percibe una calidad de vida baja y suelen asociar sintomatología depresiva.

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder which persists throughout lifetime. However, there is scarce information on the transition to adult life of ASD patients, and even less data about their quality of life. **Methods:** Descriptive study of young adults with a diagnosis of ASD transferred from an urban child-adolescent mental health center to the corresponding adult mental health facility, between 2016 and 2019. Only 17 of the 47 eligible subjects were accepted to participate, completing questionnaires of quality of life and psychopathology and answering a semi-structured interview on their performance and general functioning. **Results:** The participants, with a mean age of 21.59 (2.18 td) years, reported a lower quality of life than that reported in general population samples, especially in psychological health. 70% of all of them presented a comorbid disorder to ASD. In this sample, a poorer quality of life was associated with higher scores for depression. Two thirds of the sample were studying or had already finished higher studies. All of them continue to live with their family of origin and only a minority (11.8%) has had a close relationship or has a job (17.6%). **Conclusion:** Despite their functional achievements, almost half of the group reports a low quality of life perception. The assessment of quality of life during transition to adult life

La exploración de la calidad de vida en la etapa de transición a la vida adulta en estos pacientes puede favorecer el desarrollo de intervenciones específicas dirigidas a mejorar su satisfacción.

Palabras clave: Autismo, adultos, funcionamiento, calidad de vida, psicopatología.

could contribute to develop specific interventions addressed to improve their satisfaction.

Keywords: Autism, adults, functioning, quality of life, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Sin embargo, apenas existen estudios sobre la transición a la vida adulta de las personas con TEA y aún menos sobre su calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define calidad de vida (CdV) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Se ha descrito la disminución progresiva de la sintomatología propia del TEA a lo largo de la vida, identificándose hasta un 40% de personas con disminución significativa de comportamientos repetitivos y estereotipados y mejoría en la reciprocidad social y comportamiento (1, 2, 3). Además, quienes presentan mejores habilidades de comunicación, adquirieron el lenguaje antes de los 5 ó 6 años y tienen mayor capacidad cognitiva evaluada en la edad infantil parecen tener mejor funcionamiento en la edad adulta (2, 3). A pesar de la referida mejoría sintomática y del mejor pronóstico de los jóvenes con mayor capacidad cognitiva, comparados con los de la población general, presentan más déficits en su bienestar (2), mayor estrés (3) y peor percepción de su estado de salud general (1, 2). Ya se ha destacado la importancia del bienestar físico y emocional para la CdV (4), y se tienen datos

sobre una CdV significativamente inferior en los adultos con autismo respecto a la población general (5). También se están identificando los factores predictores de peor CdV en la edad adulta: la edad, la gravedad de la sintomatología TEA y el tener otra comorbilidad psiquiátrica (4). En los jóvenes es cada vez más relevante tener en cuenta no sólo los logros alcanzados con las intervenciones educativas y de salud, también su satisfacción subjetiva como indicador principal de su CdV (5, 6).

En el 60-75% de la población con TEA sin discapacidad intelectual se ha descrito un mal ajuste a la vida adulta (7, 8, 9). Así, entre los 20 y los 30 años de edad el 80% continúa viviendo en el domicilio familiar y no llega a establecer relaciones de pareja (7, 10, 11). Su participación en la comunidad con sus iguales es inferior, y también lo es la relación con miembros del sexo opuesto (1). También experimentan mayores dificultades para acceder a los empleos y para mantener los puestos de trabajo, con la importancia derivada sus posibilidades de vida independiente (8, 11, 12). En concreto, entre los jóvenes con TEA que acababan de abandonar el sistema de educación pública, sólo el 32% continuó algún tipo de estudios superiores, únicamente el 6% tenía trabajos competitivos y el 21% no tenía experiencia laboral ni había continuado en tareas educativas en absoluto (13).

Finalmente, la población adulta joven con TEA presenta una comorbilidad significativamente más elevada que la de la población general (14). En

16

aquellos que no asocian discapacidad intelectual son más frecuentes los trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión y los relacionados con la ansiedad (1, 14, 15). También se encontraron tasas de suicidio superiores a las de la población general (16).

En general los resultados globales para los adultos con TEA en términos de salud mental, relaciones, empleo y vida independiente son considerablemente peores que los de sus pares de la misma edad (7, 8, 9).

El objetivo principal del presente estudio es obtener la valoración de un grupo de adultos jóvenes con TEA sobre su calidad de vida. El objetivo secundario es establecer qué factores clínicos y de funcionamiento contribuyen a la calidad de vida de estos jóvenes.

Se hipotetiza que la calidad de vida de los jóvenes adultos con TEA será inferior a la de la población general, tal como se ha descrito en muestras internacionales. La psicopatología comórbida será uno de los contribuyentes principales a esta disminución de calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ofreció la participación en el estudio a todos los adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión: 1) diagnóstico de TEA según criterios DSM-5 (17), confirmado con las pruebas *Autism Diagnostic Interview-Reviewed* (ADI-R) y/o *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS), según el protocolo asistencial del centro, 2) con habilidades lingüísticas fluidas y 3) atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Eixample entre los años 2016-2019 y posteriormente derivados al Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA). No se establecieron criterios de exclusión, salvo la dificultad en la comunicación. Se revisaron los registros clínicos para asegurar la elegibilidad de los participantes antes de invitarlos a participar. La comorbilidad se estableció según el diagnóstico comórbido al TEA registrado en la historia clínica por el terapeuta responsable en el momento de la evaluación del estudio.

Un total de 47 jóvenes fueron invitados a participar, excluyéndose a aquellos que no presentasen habilidades lingüísticas fluidas que les permitieran completar la entrevista y el cuestionario. Los datos

demográficos y clínicos basales de los participantes se obtuvieron a partir del sistema de historia clínica del centro. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito a todos los participantes y el estudio fue autorizado por el Comité de Ética del Hospital.

Además de una entrevista semi-estructurada elaborada específicamente para este estudio y centrada en el funcionamiento (relaciones interpersonales, autonomía y aspectos educativos y laborales), se administraron las siguientes escalas:

World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF), como medida genérica de calidad de vida, en su versión española, validada en una amplia muestra entre los 17 y los 72 años de edad (18). Es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100, desarrollado por la OMS Organización Mundial de la Salud, que consta de 26 ítems, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas es aplicable a sujetos sanos y enfermos, es autoaplicada, pero se puede administrar a las personas con dificultades en lecto-escritura o comprensión. A mayor puntuación en cada dominio, mejor calidad de vida. Se ha utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad (19), para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones (20). Sin embargo, el único estudio en TEA se hizo con la versión inglesa, en una muestra de participantes con gran diversidad funcional, por lo que los autores decidieron incluir ítems adicionales del módulo de discapacidad y añadieron otros específicos para autismo (21). La escala resultante no está validada en español.

Inventario para la Depresión de Beck—Segunda Edición, BDI-II, versión española (22). El BDI-II es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems la persona tiene que elegir entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las dos últimas semanas, incluyendo el día que completa la escala. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función

de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63. Entre 0-13 se considera depresión mínima, 14-19 depresión leve, entre 20 y 28 depresión moderada y entre 29 y 63 depresión grave.

Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), versión española (23). Escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad de una persona. Se aplica mediante entrevista semiestructurada en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante). La puntuación total del instrumento, que se obtiene por la suma de las puntuaciones parciales de los 14 ítems, puede oscilar en un rango de 0 puntos a 56. Entre 0 y 5 no se considera que haya ansiedad, entre 6 y 14 se valora como ansiedad leve y a partir de una puntuación de 15 presentaría ansiedad moderada/grave.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS versión 22.0. Se realizaron test de Chi-cuadrado para explorar las diferencias en las variables cualitativas entre ambos sexos y se exploraron las asociaciones entre las variables descritas por la literatura previa como influyentes en la calidad de vida mediante una regresión lineal.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos y de funcionamiento

De los 47 jóvenes con TEA a los que se les propuso participar, aceptaron 17 (36%) y sólo 16 llegaron a cumplimentar todas las escalas y entrevistas. En la [tabla 1](#) se resumen las características de funcionamiento que se detallan a continuación. Según la información que proporcionaron los padres de una porción (n=12) de los 30 jóvenes elegibles que no participaron en el estudio, estos parecían mostrar peores indicadores sociales y clínicos que quienes sí participaron (abandono de estudios, no continuaron con el seguimiento en dispositivos de salud mental o

se encontraban renuentes a participar en cualquier actividad que les fuera propuesta).

Tabla 1. Comparación entre las puntuaciones medias obtenidas en la muestra de este estudio y las obtenidas en el estudio de la validación de la escala *World Health Organisation Quality of Life (WHOQoL BREF)* a la versión española.

	Muestra del presente estudio	Muestra del estudio de la validación de la versión española	
	Pacientes TEA	Pacientes con esquizofrenia	Personas saludables
N	17	216	101
% de varones	70,5	60,0	38,0
Edad (media)	21,59	38,5	37,0
Dominio			
Salud física	14,76	13,02	18,52
Salud psicológica	12,94	12,07	17,05
Salud social	14,52	11,58	16,95
Salud ambiental	14,70	12,67	15,20

TEA: Trastorno del espectro del autismo

Relaciones interpersonales: Casi todos los participantes refieren tener relaciones de amistad, que mayoritariamente habría adquirido en el pasado, pero algunos (n=2, 12,5%) declaran no tener amigos en la actualidad. Por el contrario, tan sólo una minoría (11,8%) tiene o ha tenido alguna vez una relación sentimental. Aunque el 87,5% (n=14) asegura tener alguna afición para ocupar su tiempo libre, sólo el 12,5% (n=2) la realiza de forma social, participando en algún tipo de organización, equipo o asociación.

Autonomía: Todos los participantes residían con sus padres. Contribuyen parcialmente en las tareas domésticas, preparando la comida (56,3%), colaborando en la limpieza (68,8%) y haciendo compras (81,3%). A pesar de que todos se desplazan autónomamente en medios de transporte público, tan sólo un 56,3% maneja asuntos económicos, haciendo uso de tarjetas de débito o de cuenta bancaria propias.

Socioeconómico: Prácticamente todos los participantes (n=16, 94%) lograron completar la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), salvo uno de los participantes que sólo tenía estudios primarios y no logró acreditar la ESO ni otras formaciones alternativas. También la mayoría había continuado estudiando, un grado medio o un grado superior universitario. Casi todos los participantes están en

situación de desempleo (n=14, 82,3%) aunque el 11,7% (n=2) estaba en búsqueda activa de trabajo. El 17,6% (n=3) había finalizado sus estudios superiores universitarios y tenían un trabajo.

Mediante test de Chi-cuadrado se exploraron las diferencias entre mujeres y hombres, sin que se encontrasen diferencias entre su capacidad para tener amigos ($p=0,52$, $\phi: 0,18$) o una relación de pareja ($p=0,33$, $\phi:-0,24$). Tampoco se encontraron diferencias entre ellos en su contribución a las tareas domésticas ($p=0,45$, $\phi: 0,22$), al manejo de sus asuntos económicos o tener un empleo ($p=0,54$, $\phi: 0,15$).

Psicopatología

En la [tabla 2](#) se resumen los resultados sobre psicopatología en estos jóvenes con TEA. La mayoría presentan diagnósticos comórbidos, encontrándose trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastornos de ansiedad y trastorno de conducta. Más de la mitad de la muestra estaba recibiendo tratamiento psicológico ya fuera en los servicios públicos de salud mental o de forma privada, vinculada a los servicios terapéuticos que ofrecen las asociaciones de familiares y personas con TEA. Algo más de un tercio de los participantes también recibía tratamiento farmacológico, en concreto, metilfenidato, Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS) y antipsicóticos.

En casi el 30% de los casos las puntuaciones en la escala de depresión BDI-II indicaron rasgos de sintomatología depresiva moderada (n=4, 23,5%) y de sintomatología depresiva grave (n=1, 5,9%). En concreto, las puntuaciones más elevadas se encontraron en ítems sobre pesimismo, baja autoestima, pensamientos de culpa e ideación suicida, y también hay presencia de cambios en los hábitos de sueño y del apetito. Por otra parte, en la entrevista clínica semi-estructurada se obtuvo que el 56,3% había presentado alguna vez ideación autolítica, y el 24% había llegado a cometer algún intento autolítico en el pasado.

Con respecto a las puntuaciones globales obtenidas en la escala HARS, aunque la puntuación media está en el rango de ansiedad leve, en 5

participantes (29,4%) se encontraron puntuaciones correspondientes a ansiedad moderada y grave respectivamente. Los ítems con puntuaciones más elevadas fueron los de ansiedad psíquica.

Respecto al consumo de tóxicos, el 94% de la muestra refiere no ser consumidor habitual de ningún tipo de droga o sustancia ilícita y el 6% que sí admite un consumo tóxico, lo realiza de forma esporádica (marihuana).

Calidad de Vida

En la [tabla 3](#) se presentan los resultados de CdV según la escala WHOQoL-BREF de los participantes. Junto a ellos, se muestran los datos disponibles de población española, que fueron los empleados para validar la escala WHOQoL-BREF en nuestro entorno (18). La CdV de los adultos jóvenes con TEA es inferior a la de la población general en los cuatro dominios. Tan solo se pudo realizar una comparación aparente, puesto que el estudio de validación no proporciona más que las puntuaciones medias de los grupos estudiados, sin desviaciones típicas. Por tanto, no fue posible determinar los intervalos de confianza de cada media y constatar que las diferencias aparentes fueran reales. Aun así, a pesar de que la edad media de nuestra muestra es bastante inferior a las de las muestras de comparación (edad media: 21,59 años), aparentemente la CdV de los jóvenes adultos con TEA se encontraría en un punto intermedio entre la de la población con esquizofrenia (edad media: 38,5 años) y la de la población sana (edad media: 37 años). En las puntuaciones de salud psicológica, la disminución es más llamativa respecto a población general, y prácticamente igual a la de los pacientes con esquizofrenia de mayor edad media.

Factores que influyen en la calidad de vida

Inicialmente, la relación de la calidad de vida total y sus subescalas con las variables potencialmente predictoras, se exploró mediante correlaciones de Pearson. Se encontraron fuertes correlaciones negativas entre la CdV total y la sintomatología ansiosa ($r=-0,59$, $p<0,01$) y depresiva ($r=-0,60$, $p<0,01$), medidas con HARS y BDI-II respectivamente. En

concreto, se encontraron correlaciones negativas en las subescalas de salud psicológica (con ansiedad $r=-0,67$, $p<0,003$; con depresión $r=-0,74$, $p<0,001$), salud física (con ansiedad $r=-0,67$ $p<0,003$; con depresión $r=0,58$, $p<0,01$) y salud ambiental (sólo con depresión $r=-0,51$ $p<0,02$, no con ansiedad), pero no con la subescala de salud social. No se encontraron correlaciones significativas de CdV total ni de sus subescalas con la edad ni con edad de diagnóstico.

Con el objetivo de explorar la contribución de estos factores a la disminución de calidad de vida, se realizó una regresión lineal. La comorbilidad y las puntuaciones de ansiedad total y depresión total explicaban un 52% de la varianza de la CdV, después de controlar por edad y por edad de diagnóstico (cambio de R cuadrado=0,52, $p<0,04$). En el modelo final, la única medida de control que alcanzó la significación estadística fue la depresión (beta=-0,88, $p<0,04$).

Tabla 2. Descripción de características de funcionamiento.

		Nº pacientes (%)
Edad	19-22 años	13 (76%)
	23-26 años	4 (24%)
Sexo	Masculino	12 (71%)
	Femenino	5 (29%)
Amistades	Sí	14 (87,5%)
	No	2 (12,5%)
Relación sentimental	Sí	2 (11,8%)
	No	15 (88,2%)
Hobbies	Sí	14 (87,5%)
	No	2 (12,5%)
Organización social	Sí	2 (12,5%)
	No	14 (87,5%)
Vivienda	Familiar	17 (100%)
Asuntos económicos	Sí	9 (56,3%)
	No	7 (43,7%)
Estudios	Educación Secundaria Obligatoria (ESO)	16 (94%)
	Grado Medio	5 (29%)
	Grado Superior (Universitario)	10 (59%)
Empleo	Sí	3 (17,6%)
	No	14 (82,3%)

Tabla 3. Características psicopatológicas e intervenciones.

		Nº pacientes (%)
Comorbilidad	Si	12 (71%)
	No	5 (29%)
	TDAH	4 (24%)
	Trastorno de ansiedad	2 (12%)
	Trastorno de conducta	2 (12%)
Ansiedad (HARS)	12,23	9,25 dt
Depresión (BDI-II)	13,29	9,47 dt
Ideación autolítica	Si	9 (56,3%)
Consumo de tóxicos	Si	1 (6%)
	No	15 (94%)
Tratamiento psicológico	Si	10 (62,5%)
	No	6 (37,5%)
Tratamiento farmacológico	Si	6 (37,5%)
	No	10 (62,5%)
	Metilfenidato	2 (12%)
	ISRS	2 (12%)
	Antipsicótico	2 (12%)

BDI: Beck Depression Inventory; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; ISRS: Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio en nuestro entorno que proporciona información subjetiva sobre la calidad de vida de jóvenes con TEA que acaban de realizar la transición a la vida adulta. Además, se describe también su funcionamiento, en términos de relaciones con iguales y de pareja, participación en actividades comunitarias, autonomía, nivel de estudios y ocupación laboral. Los participantes informaron de una calidad de vida inferior a la reportada en muestras de población general, especialmente en la dimensión de salud psicológica, que parece estar asociada a puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva. Como en la mayoría de estudios previos, la muestra se componía mayoritariamente de varones (2, 10). La edad media era inferior a la media de la de muestras de estudios previos de CdV en TEA (22) y en población general en nuestro entorno (18).

Funcionamiento: relaciones interpersonales, autonomía, aspectos socioeconómicos

De forma llamativa, el 70% de los jóvenes decía tener un grupo de amigos que mantenía desde la infancia, frente al total de un 17% reportado en estudios previos (8), que tenía algunos amigos con reciprocidad o duración limitada (10%) o uno o más amigos recíprocos (7%). Quienes habían tenido una relación de pareja significativa alguna vez (11,8%) alguna vez eran una proporción inferior a la referida en otros estudios (hasta un 24%, correspondiendo un 15% a relaciones de pareja de escasa duración) (7,8). Estas aparentes discrepancias podrían deberse a la diferencia de edad media entre la muestra del estudio actual (21,59 años) y la del estudio mencionado (29 años), que justificarían el alejamiento del círculo de amistades adquirido durante las etapas educativas previas y menor cantidad de oportunidades de entablar relaciones de pareja. Las relaciones que pueden establecerse en actividades sociales también están limitadas en este grupo, pues tan sólo el 12,5% de los participantes realizaba sus aficiones en grupo o acudiendo a algún centro comunitario. En general, se ha informado de significativamente más actividades estructuradas en los jóvenes adultos con TEA y discapacidad intelectual que en el resto de la población con TEA (8).

Todos los participantes convivían con sus padres, frente al 80% de muestras internacionales (7, 8). Este resultado puede estar contextualizado no sólo por la realidad laboral actual de los jóvenes españoles, con emancipación más tardía y complicada respecto a sus coetáneos europeos (24, 25), también por nuestro entorno socio-cultural en España, que favorece mantener durante más tiempo la convivencia paterno-filial (26)

La elevada continuidad de los estudios en nuestra muestra (88%) contrasta con informes previos, en los que tan solo un 30% de los jóvenes con TEA se habría mantenido en el sistema educativo post-obligatorio (8). Las características de la población que aceptó participar en nuestro estudio podrían justificar estos resultados, que seguramente no serían representativos de todos los jóvenes con TEA

sin discapacidad intelectual. Las tasas de ocupación (17,6%), sin embargo, sí que son semejantes a las de estudios previos, en torno al 20% (7, 8) e inferiores a las de población general de esa edad en España. Sin embargo, esta diferencia es mayor en las muestras internacionales mencionadas y resulta llamativa dada la preparación superior de la mayoría de los participantes en nuestro estudio.

Psicopatología

Dos tercios de los jóvenes presentaban alguna comorbilidad, porcentaje similar al reportado en la literatura (7, 12). Aproximadamente un tercio de los participantes presentaba sintomatología depresiva moderada-grave medida con la escala autoinformada BDI-II. Más de la mitad de la muestra recibía tratamiento psicológico, ya sea a nivel de servicio ambulatorio de salud mental o en asociaciones. Sin embargo, sólo una minoría recibía tratamiento farmacológico y entre estos, únicamente el 12% recibía tratamiento con ISRS, tratamiento de primera elección para trastornos depresivos y ansiosos con sintomatología moderada. Existe la posibilidad de que este exceso de sintomatología depresiva no se hubiera identificado debido a las dificultades que se conocen en la población con TEA para informar sobre sus estados mentales internos (27).

Calidad de vida y factores que influyen en la misma

Pese a los logros funcionales evidentes en esta muestra la CdV sigue siendo inferior a la de la población general. El 41% de los participantes calificó su CdV como baja e indicaban disfrutar de la vida muy poco. Estos resultados son congruentes con estudios previos que indican que la calidad de vida en los jóvenes con TEA era inferior en los 4 dominios que la componen (5, 6). En nuestra muestra, esta disminución parece asociarse a puntuaciones más elevadas en depresión y también se encontró una tendencia a que se asociase a mayor sintomatología ansiosa. La asociación de sintomatología depresiva con peor calidad de vida puede ser esperanzadora en

términos de intervención, pues existen tratamientos con suficiente evidencia y buenos resultados para el abordaje de depresión en jóvenes con TEA (28).

La principal limitación del estudio, es la falta de un grupo control clínico o de población general para comparar los resultados obtenidos. Afortunadamente, se pudo disponer de datos de población española de adultos jóvenes que han permitido contextualizar la información. También el número de participantes constituye una limitación para extender estos resultados a toda la población joven con TEA que realiza la transición a la vida adulta, dadas las características más desadaptativas que informaron los padres de quienes rechazaron formar parte del estudio. El que se incluyeran solo aquellos jóvenes con habilidades lingüísticas fluidas también compromete la generalización al conjunto de jóvenes con TEA y menor capacidad de comunicación y lenguaje. Por último, puesto que parte de la valoración se realizó al iniciarse el periodo de confinamiento durante la pandemia causada por la infección por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), fue preciso que algunas entrevistas se realizaran telefónicamente, en lugar de presencialmente, como al inicio del estudio. También las escalas se enviaron y recogieron por medios electrónicos. A pesar de que ambos métodos constituyen una fuente rápida y efectiva de acceder a la información clínica, podría este método puede ser una fuente potencial de imprecisión y sesgo que podría contribuir al error de muestreo. Pese a que el estudio se pudo finalizar antes de transcurrir el primer mes de confinamiento, no se puede descartar la influencia del mismo en alguno de los indicadores recogidos, como la psicopatología ansioso-depresiva, descrita recientemente en la población atendida en nuestros recursos asistenciales (29).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de este estudio contribuyen a mejorar el conocimiento sobre las dificultades que presentan los jóvenes con TEA en transición a la vida adulta. La disminución de calidad de vida asociada a sintomatología depresiva no identificada y no tratada debería constituir un

objetivo prioritario de intervención. También el apoyo activo en la búsqueda de empleo, emerge como una necesidad, incluso en población con formación académica superior. La participación en actividades sociales y las intervenciones dirigidas a establecer amistades y relaciones sentimentales también deberían formar parte de las actuaciones precoces en las etapas de transición a la vida adulta. Finalmente, la incorporación de la evaluación que realicen los propios pacientes beneficiaría a los programas de intervención, puesto que su objetivo principal es mejorar de forma estable y persistente la calidad de vida de los pacientes. Esta cuestión, aparentemente obvia, no suele incluirse en los estudios, que suelen priorizar indicadores clínicos. Así, la perspectiva del propio paciente, como cada vez es más frecuente en otros ámbitos de la salud, tomaría un lugar central en la intervención. Se hacen necesarios más estudios y con muestras más amplias y diversas para proporcionar información sobre los factores que más contribuyen a mejorar la CdV durante la transición y favorecer así intervenciones dirigidas a los mismos.

REFERENCIAS

1. Vidriales R, Hernandez C, Plaza M, Gutierrez C, Cuesta JL. Calidad de vida y Trastorno del Espectro del Autismo. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Autismo España, 2017.
2. Farley M, Cottle KJ, Bilder D, Viskochil J, Coon H, McMahon W. Mid-life social outcomes for a population-based sample of adults with ASD. *Autism Res.* 2018;11(1): 142-152. <https://doi.org/10.1002/aur.1897>.
3. Magiati I, Tay X, Howlin P (2014). Cognitive, language, social and behavioural outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clin. Psychol. Rev.* 2014;34: 73-86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.002>
4. Mason D, McConachie H, Garland D, Petrou A, Rodgers J, Parr JR. Predictors of quality of life for autistic adults. *Autism Res.* 2018;11(8): 1138-47. <https://doi.org/10.1002/aur.1965>

5. Hong J, Bishop-Fitzpatrick L, Smith LE, Greenberg JS, Mailick MR (2015). Factors Associated with Subjective Quality of Life of Adults with Autism Spectrum Disorder: Self-Report Versus Maternal Reports. *J. Autism Dev. Disord.* 2015;46(4), 1368-78. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2678-0>
6. Bishop-Fitzpatrick L, Mazefsky, CA, Eack, SM. The combined impact of social support and perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. *Autism* 2017;22(6), 703-11. <https://doi.org/10.1177/1362361317703090>
7. Eaves L, Ho H. Young adult outcomes of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008;38(4): 739-47. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0441-x>
8. Howlin P. What does the future hold for adults with autism? 2012. 2es Rencontres Scientifiques de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Paris, France. 15-16 février, 2012.
9. Tillmann J, San José Cáceres A, Chatham CH, Crawley D, Holt R, Oakley B et al. Investigating the factors underlying adaptive functioning in autism in the EU-AIMS Longitudinal European Autism Project. *Autism Res.* 2019,12(4): 645-57. <https://doi.org/10.1002/aur.2081>.
10. Al Ansari A, Jahrami H, Nedham M, AlKhunaizi M. Outcomes for adolescents and young adults with autism spectrum disorder: General social functioning. *Autism Open Access* 2016;6: 187. <https://doi.org/10.4172/2165-7890.1000187>
11. Sevaslidou I, Chatzidimitriou C, Abatzoglou G. The long-term outcomes of a cohort of adolescents and adults from Greece with autism spectrum disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2019;18:26
12. Henninger NA, Taylor JL. Outcomes in Adults with Autism Spectrum Disorders: A Historical Perspective. *Autism.* 2013 Jan;17(1): 103-16. <https://doi.org/10.1177/1362361312441266>.
13. Smith L, Greenberg J, Mailick M. Adults and autism: Outcomes, family effects, and a multifamily group psychoeducation model. *Curr Psychiatry Rep.* December 2012;14(6): 732-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0328-1>.
14. Woodman AC, Mailick MR, Greenberg JS. Trajectories of internalizing and externalizing symptoms among adults with autism spectrum disorders. *Dev Psychopathol* 2016;28(2): 565-581. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828272/#>
15. Rai D, Heuvelman H, Dalman C, Culpin I, Lundberg M, Carpenter P et al. Association Between Autism Spectrum Disorders With or Without Intellectual Disability and Depression in Young Adulthood. *JAMA Netw Open.* 2018;1(4): e181465. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.1465>.
16. Robinson JE. Autism prevalence and outcomes in older adults. *Autism Research* 2019;12: 370-4. <https://doi.org/10.1002/aur.2080>.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-V), Washington, DC. American Psychiatric Press; 2013.
18. Urzúa-Morales A, Caqueo-Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev. méd. Chile* 2013;141(12): 1547-54. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>
19. Pedrero-Pérez EJ, Methaql Group. Calidad de vida en pacientes tratados con metadona: el WHOQOL-BREF, estudio psicométrico y resultados de aplicación. *Anales de psicología,* 2018;34(2): 251-7 <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.282971>
20. Skevington SM, McCrate FM. Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expectations* 2012; 15, 49-62. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00650.x>
21. McConachie H, Mason D, Parr JR et al. Enhancing the validity of a quality of life measure for autistic people. *J Autism Dev Disord* 2018; 48, 1596-611. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3402-z>.
22. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez A. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud* 2003;14(3):

- 249-80. <https://journals.copmadrid.org/clysa/art/db8e1af0cb3aca1ae2d0018624204529>
23. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med. Clin (Barc)* 2002; 118(13):439-9. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
24. López Blasco, A. Transitar hacia la edad adulta: constelaciones de desventaja de los jóvenes españoles en perspectiva comparada. *Panorama Social* 2007;(3): 78-93.
25. Informe Secretaría de Estado de Empleo y Economía Social Subdirección General de Estadística y Análisis Sociolaboral 2020. http://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/sec_trabajo/analisis_mercado_trabajo/jovenes/2020/Junio2020.pdf.
26. Requena M. Familia, convivencia y dependencia entre los jóvenes españoles, *Panorama Social* 2007;(3): 64-77
27. Saldaña D, Alvarez RM, Lobatón S, Lopez AM, Moreno M, Rojano M. Objective and subjective quality of life in adults with autism spectrum disorders in southern Spain. *Autism*. 2009 May;13(3): 303-16. <https://doi.org/10.1177/1362361309103792>
28. Gaigg SB, Flaxman PE, McLaven G, et al. Self-guided mindfulness and cognitive behavioural practices reduce anxiety in autistic adults: A pilot 8-month waitlist-controlled trial of widely available online tools. *Autism* 2020;24(4): 867-83. <https://doi.org/10.1177/1362361320909184>
29. Lopez-Serrano L, Gonzalez-Vallespi L, Santamarina-Pérez P, Bretones-Rodríguez A, Calvo R, Lera-Miguel S. Psychological impact during COVID-19 lockdown in children and adolescents with previous mental health disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;14: 113-6. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021>

C. Domínguez Martín^{1*}
L. Gallardo Borge¹
V. Molina Rodríguez¹

1. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Cristina Domínguez Martín
Correo electrónico: cdmfsj@gmail.com

Búsqueda de fenotipos basados en variables cognitivas y conductuales en el Trastorno del espectro autista

Research of Phenotypes Based on Cognitive and Behavioural Variables in Autism Spectrum Disorder

RESUMEN

Introducción: El Trastorno del espectro autista (TEA) presenta una gran variabilidad clínica. Para conocer mejor esta variabilidad clínica se ha estudiado a nivel genético, neuroimagen y neuropsicológico, sin obtener resultados concluyentes que expliquen esta variabilidad. El estudio de diferentes fenotipos en base a medidas conductuales y cognitivas pretende estudiar las diferencias observadas en la presentación clínica entre los menores con trastorno del espectro autista. **Objetivo:** Determinar si existen fenotipos basados en el estudio de variables cognitivas y conductuales en pacientes diagnosticados de TEA. **Material y métodos:** Se evaluaron 56 pacientes menores con diagnóstico de TEA mediante diferentes pruebas psicométricas. Se estudiaron la flexibilidad cognitiva, estereotipias motoras, estereotipias sensoriales, intereses circunscritos, cambios mínimos en rutinas, juego imaginativo y creatividad. Mediante el análisis factorial de estas 7 variables se obtuvieron 3 factores para evaluar los subgrupos del estudio. **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en las distribuciones de diagnóstico clínico, según criterios DSM-IV-TR, en las diferentes variables. El análisis factorial de las 7 variables y de los 3 factores observaron diferencias en uno de los factores, el F3 que incluía la variable de creatividad y de flexibilidad cognitiva, en el subgrupo de autismo. **Conclusiones:** No se han encontrado fenotipos en el estudio de variables cognitivas y conductuales de

ABSTRACT

Introduction: Autism Spectrum Disorder (ASD) presents a great clinical variability. In order to understand this clinical variability, it has been studied at a genetic, neuroimaging and neuropsychological level, without obtaining conclusive results that explain this variability. The study of different phenotypes based on behavioural and cognitive measures aims to study the differences observed in clinical presentation among children with autism spectrum disorder. **Objective:** To determine whether phenotypes exist based on the study of cognitive and behavioural variables in patients diagnosed with ASD. **Material and methods:** Fifty-six children with a diagnosis of ASD were assessed using different psychometric tests. Cognitive flexibility, motor stereotypes, sensory stereotypes, circumscribed interests, minimal changes in routines, imaginative play and creativity were studied. By means of the factorial analysis of these 7 variables, 3 factors were obtained to evaluate the subgroups of the study. **Results:** No significant differences were found in the distributions of clinical diagnosis, according to DSM-IV-TR criteria, in the different variables. Factorial analysis of the 7 variables and the 3 factors showed differences in one of the factors in the subgroup of autism, F3, which included the variable of creativity and cognitive flexibility. **Conclusions:** No phenotypes were found in the study of cognitive and behavioural variables in the sample. The characteristics studied

la muestra. Las características estudiadas se ajustan a un modelo dimensional para el TEA. El subgrupo de autismo presenta menor flexibilidad cognitiva y creatividad que los otros subgrupos.

Palabras clave: Fenotipos, trastorno del espectro autista, espectro.

fit a dimensional model for ASD. The subgroup of autism presents less cognitive flexibility and creativity than the other subgroups.

Keywords: Phenotypes, autism spectrum disorder, spectrum.

INTRODUCCIÓN

La investigaciones recientes han prestado especial atención a las limitaciones de la aproximación categorial para definir el Trastorno del Espectro Autista (TEA), promoviendo el uso de términos dimensionales, como los utilizados en el DSM-5. A pesar de esta forma de clasificación dimensional, la identificación de subgrupos, basados en la presencia de comorbilidades psiquiátricas, médicas y/o condiciones genéticas de riesgo, continúan siendo de vital importancia en la práctica clínica y en la investigación (1).

Por un lado, algunos estudios (2-4) no han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes subtipos diagnósticos según el DSM-IV-TR (autismo, síndrome de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD-NE) en cuanto a síntomas, características demográficas, perfil neuropsicológico, comorbilidades y pronóstico. Sin embargo, sí encuentran diferencias en el nivel de inteligencia. Coincidiendo con esta visión del TEA como un *continuum*, Leekam, Libby et al. (5) y Ousley y Cermak (1) referían que los subtipos del DSM-IV-TR generaban grandes dificultades diagnósticas en los clínicos, ya que en múltiples ocasiones se solapaban.

Por otro lado, otros estudios actuales (6-10) señalan importantes diferencias clínicas entre el autismo típico y el síndrome de Asperger, proponiendo la valoración de este último como una

entidad en sí misma y sugiriendo su incorporación en las próximas revisiones de los manuales diagnósticos.

Existen investigaciones (11) que sugieren que el TEA es una condición plural y heterogénea con algunas características clínicas comunes, pero en las que podrían encontrarse distintas subestructuras biológicas que se nombrarían más acertadamente como los “autismos”.

Existe numerosa literatura que intenta hallar *clusters* en individuos con TEA. Algunos estudios señalan que podrían hallarse diferentes fenotipos dentro del TEA. Diversos estudios han realizado análisis factoriales intentando determinar una estructura fenotípica clínica subyacente a través de los principales síntomas del TEA. Entre ellos Shuster (12) demostró como los síntomas de comunicación y socialización serían estructuralmente distintos que la clínica comportamental. Otro estudio (13) concluyó que los síntomas clínicos del TEA y la funcionalidad contribuyen de forma independiente a la variabilidad fenotípica en el TEA.

Este estudio pretende evaluar la existencia de fenotipos mediante el estudio de variables cognitivas y conductuales de los TEA que pudiera explicar la gran variabilidad clínica observada y poder diferenciar perfiles clínicos en estos menores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvo una muestra de 56 pacientes menores de 18 años (rango de edad 4-17 años) diagnosticados

de TEA atendidos en el Hospital de Día Psiquiátrico Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre octubre del 2011 y junio del 2015. Se excluyó a los pacientes con discapacidad intelectual moderada y severa, síntomas psicóticos y no adquisición del lenguaje.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital clínico universitario de Valladolid. Los padres completaron consentimiento informado y los menores dieron su asentimiento para participar en el estudio.

Siguiendo el protocolo de evaluación para el diagnóstico de TEA, se aplicaron las siguientes pruebas: la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS), la entrevista para el diagnóstico de autismo-revisada (ADI-R) y el *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST). A esta batería diagnóstica se añadió el test “CREA. Inteligencia Creativa” para obtener una medida referente a la creatividad.

La escala *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS) (14) permite una evaluación estandarizada y semi-estructurada de la comunicación, la interacción social y el juego o el uso imaginativo en diferentes niveles de desarrollo y del lenguaje. La entrevista semi-estructurada *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) (15) está dirigida a los padres o cuidadores de sujetos con sospecha de padecer TEA. Ambas pruebas, ADOS y ADI-R, se basan en la tríada diagnóstica del DSM-IV y la CIE-10.

El WCST (16) es un instrumento de medida de la función ejecutiva, evalúa la habilidad para la resolución conceptual de problemas, el uso del *feedback*, la capacidad para modificar estrategias incorrectas, la flexibilidad y la inhibición de respuestas impulsivas.

El “CREA. Inteligencia Creativa. Una medida cognitiva de la creatividad” (17) ofrece una medida indirecta de inteligencia creativa basada en una evaluación cognitiva de la creatividad individual. Utiliza como procedimiento la capacidad del sujeto para elaborar preguntas a partir de un material gráfico suministrado.

A través estas pruebas se definieron las siguientes variables: diagnóstico clínico, flexibilidad cognitiva, estereotipias motoras, estereotipias sensoriales, intereses circunscritos, cambios mínimos en rutinas, juego imaginativo y creatividad.

El análisis estadístico fue llevado a cabo mediante el programa SPSS versión 24. El análisis descriptivo de las variables cualitativas se ha realizado utilizando las frecuencias absolutas y porcentajes. En las variables cuantitativas se ha realizado previamente una división de los valores en diferentes categorías y se han utilizado también las frecuencias absolutas y porcentajes. Utilizamos el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la distribución normal de las variables cuantitativas, así como su homocedasticidad utilizando el test de Levene. Para la comparación de dos medias de variables cuantitativas se utilizaron el test de la t de Student o test de la U de Mann-Witney en función de la normalidad de las variables. Igualmente, para la comparación de medias en más de dos grupos se utilizó, dependiendo de la normalidad de la distribución, el test de análisis de la varianza (ANOVA) o test de la H de Kruskal-Wallis, respectivamente.

Asumiendo que algunas variables estarán relacionadas, se intentó evitar comparaciones y correlaciones redundantes utilizando un análisis factorial, que permitiera disminuir el riesgo de error tipo I. Hipotetizamos que este análisis permitiría identificar un número reducido de factores cognitivos que capturaría la mayor parte de la varianza encontrada en el conjunto de los tests empleados. De esta manera, podríamos describir factores que resumieran los datos cognitivos y su asociación mutua en pacientes con TEA. Elegimos el número de factores en función de los autovalores (mayores de 1) y el gráfico de sedimentación. Se evaluó las variables que forman parte de cada factor en base a la matriz de componentes rotados.

Se ha considerado significativo todos los tests realizados con un nivel de confianza del 95% (aceptando un nivel de significación $p < 0.05$).

RESULTADOS

Los resultados descriptivos epidemiológicos y diagnósticos están recogidos en la [Tabla 1](#). Se evaluó la relación entre el diagnóstico clínico y las siete variables clínicas utilizadas (flexibilidad cognitiva, estereotipias sensoriales, estereotipias motoras, cambios mínimos en rutinas, intereses circunscritos

y juego imaginativo) sin encontrar diferencias significativas en las distribuciones de diagnóstico clínico en función de las diferentes variables (Tabla 2). En el caso de la flexibilidad cognitiva, parece haber una tendencia a la asociación entre ambas variables ($p=0,10$), no pudiendo descartar que, con una muestra mayor, los pacientes diagnosticados de síndrome de Asperger presenten una mayor flexibilidad cognitiva.

Definidas las siete variables clínicas se realiza un análisis de componentes principales (ACP), obteniendo tres factores (Tablas 3 y 4). Evaluamos las variables que forman parte de cada componente a partir de la matriz de componentes rotados (coeficientes $>0,55$) (Tabla 3). Por lo tanto, cada factor es explicado en mayor medida por alguna de las variables analizadas: el factor 1 (F1) por las

variables estereotipias motoras y cambios mínimos en rutinas, el factor 2 (F2) por las estereotipias sensoriales, los intereses circunscritos y el juego imaginativo y, por último, el factor tres (F3) por las variables creatividad y flexibilidad cognitiva

Tabla 1. Resultados descriptivos epidemiológicos y diagnósticos.

	N (%)
Sexo	
Varón	51 (91,9)
Mujer	5 (8,9)
Diagnóstico	
Autismo	N (21,4)
Síndrome de Asperger	N (41,1)
Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado	N (27,5)
	Media (DE)
Edad	
Edad media (años)	9,18 (2,84)

Tabla 2. Relación entre variables y diagnóstico clínico según DSM-IV-TR.

	Ausente /escasa	Presente	Estadístico	p
Flexibilidad cognitiva			$X^2=4,59$; gl=2	$p=0,10^*$
Autismo	6	5		
Sd Asperger	5	15		
TGD-NE	6	10		
Estereotipias sensoriales			$X^2=7,74$; gl=6	$p=0,25$
Autismo	9	2		
Sd Asperger	15	7		
TGD-NE	18	3		
Cambios mínimos en rutinas			$X^2=0,095$; gl=2	$p=0,95$
Autismo	5	5		
Sd Asperger	10	11		
TGD-NE	11	10		
Estereotipias motoras			$X^2=0,70$; gl=2	$p=0,71$
Autismo	3	8		
Sd Asperger	6	16		
TGD-NE	8	13		
Intereses circunscritos			$X^2=1,80$; gl=2	$p=0,41$
Autismo	1	10		
Sd Asperger	4	18		
TGD-NE	6	15		
Juego imaginativo			$X^2=1,67$; gl=2	$p=0,43$
Autismo	3	8		
Sd Asperger	11	11		
TGD-NE	10	11		

Sd: síndrome; TGD-NE: Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado

Tabla 3. Matriz de componentes rotados.

Variable	Parámetro	Componentes		
		1	2	3
Estereotipias motoras	ADI-R C3	0,693	0,113	-0,066
Estereotipias sensoriales	ADI-R 71	0,505	0,570	0,142
Intereses circunscritos	ADI-R C1	0,195	0,671	0,097
Cambios mínimos en rutinas	ADI-R 74	0,782	-0,079	0,115
Juego imaginativo	ADI-R 48	-0,324	0,680	-0,143
Creatividad	CREA	0,255	-0,222	0,816
Flexibilidad cognitiva	Categorías completadas WCST	-0,181	0,311	0,814

ADI-R: *Autism Diagnostic Interview-Reviewed*; WCST: *Wisconsin Card Sorting Test*

Tabla 4. Factores obtenidos tras el análisis factorial de las 7 variables.

Factor	Variables	Características clínicas
F1	Puntuación C3 en ADI-R* Pregunta 74 en ADI-R*	Estereotipias motoras Cambios mínimos en rutina
F2	Pregunta 71 en ADI-R* Puntuación C1 en ADI-R* Pregunta 48 en ADI-R**	Estereotipias sensoriales Intereses circunscritos Juego imaginativo
F3	Puntuación test CREA* Número de categorías completadas en WCST*	Creatividad Flexibilidad cognitiva

ADI-R: *Autism Diagnostic Interview-Reviewed*; WCST: *Wisconsin Card Sorting Test*

* relación directa (a mayor puntuación mayor síntomas)

** relación inversa (a mayor puntuación menor función)

Se analizan las diferencias en cada uno de los factores en función del diagnóstico clínico. En el caso de la comparación de síndrome de Asperger, autismo y TGD-NE de dos en dos, encontramos que existen diferencias significativas en el factor 3, correspondiente a las variables creatividad y flexibilidad cognitiva entre los sujetos diagnosticados de síndrome de Asperger y autismo ($p=0,028$) y entre los diagnosticados de TGD-NE y autismo ($p=0,006$) (Figura 1), sin encontrar diferencia entre los TGD-NE y el síndrome de Asperger. El valor de la diferencia de puntuaciones para el grupo factorial 3 es similar en ambas comparaciones, por lo tanto, los niños con diagnóstico de autismo parecen tener menor creatividad y menor flexibilidad cognitiva que los niños con diagnóstico de síndrome de Asperger y TGD-NE.

DISCUSIÓN

A lo largo de la historia del Trastorno del espectro autista, se ha estudiado el funcionamiento cognitivo para intentar diseñar modelos teóricos que contribuyan a entender mejor la variabilidad en las manifestaciones clínicas de este trastorno. Analizando las variables neuropsicológicas incluidas en este estudio, entre los diferentes subgrupos según el DSM-IV-TR, no se encontraron diferencias entre ellos. En este estudio no se han podido encontrar fenotipos de variables cognitivas y conductuales estudiadas, entre los menores diagnosticados de TEA. Estos resultados irían a favor de un trastorno dimensional dentro del TEA, como los criterios actuales del DSM-5 (18).

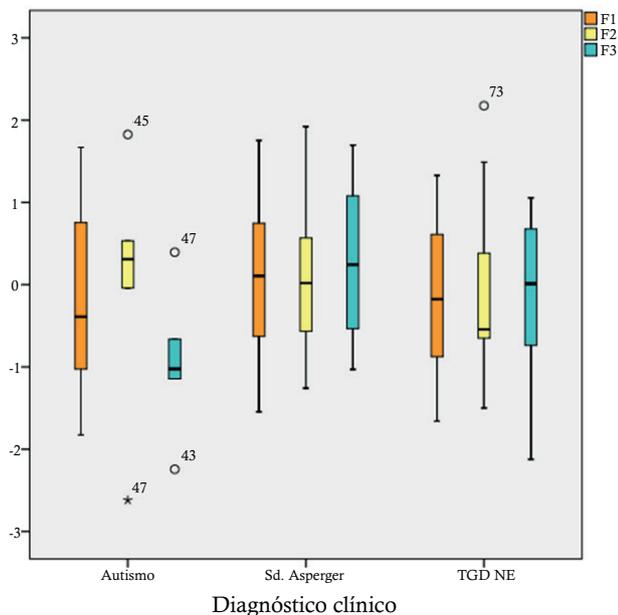


Figura 1. Diagrama de cajas: factor 1 (estereotipias motoras y cambios mínimos en rutinas), factor 2 (estereotipias sensoriales, intereses restringidos y juego imaginativo) y factor 3 (creatividad y flexibilidad cognitiva) y diagnóstico clínico (subgrupo autismo, síndrome Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD NE)).

Tras un análisis factorial de las siete variables se evaluaron los posibles *clusters* para los TEA de nuestro estudio y se obtuvieron 3 factores. En el F1, se relacionan las estereotipias motoras con los cambios mínimos en rutina o la insistencia en la monotonía. En la literatura se encuentran resultados contradictorios, por un lado, varios estudios hablan a favor de una relación de estas dos características clínicas (19, 20), pero, por otro lado, Uljarevic M (21) describe que estos síntomas se desarrollan de forma independiente en la infancia.

En el F2, que relaciona estereotipias sensoriales, los intereses circunscritos y el juego imaginativo, no hemos encontrado en la literatura estudios que relacionen estas tres variables entre sí. Sin embargo, sí se han descrito correlaciones entre dos de ellas. Algunos investigadores muestran que existiría relación entre los comportamientos repetitivos y las alteraciones sensoriales (22, 23). Gal (24) encuentra que los trastornos del procesamiento sensorial incluso predecirían la gravedad de las estereotipias motoras. Rutherford (25) refiere que no encuentran

relación entre las funciones ejecutivas y la capacidad de juego imaginativo. Investigaciones en terapia ocupacional con juego como forma de aprendizaje en niños con TEA (26) encuentran resultados que sugieren la importancia de considerar el juego como mejora de las habilidades sensoriales de los niños, con disminución de las estereotipias sensoriales.

En el F3, que incluye las variables creatividad y flexibilidad cognitiva no existen estudios publicados que las relacionen de forma significativa.

Contrariamente a nuestros resultados, Moster-Kerschhoffs (27) demuestra la posible relación de la flexibilidad cognitiva y los comportamientos repetitivos. Esto pudiera deberse a que en nuestro estudio hemos utilizado la puntuación de categorías completadas en la prueba neuropsicológica WCST mientras que los diferentes estudios utilizan diversas baterías neuropsicológicas cuyos resultados pudieran no ser comparables.

Una investigación acerca de la creatividad en adultos, no encuentran resultados significativos para utilizar el juego simbólico como predictor de la creatividad en la edad adulta (28). En nuestro estudio tampoco encontramos una relación entre el juego imaginativo y la creatividad en los menores con TEA.

Una pobre flexibilidad cognitiva se puede reflejar con comportamientos perseverativos y estereotipados, así como con dificultades en la regulación y la modulación de acciones motoras (29). En cambio, otro estudio (27) muestra la correlación positiva entre la flexibilidad cognitiva y los comportamientos estereotipados y restrictivos, tanto motores como sensitivos. Según sus datos, la flexibilidad cognitiva sería el único proceso ejecutivo capaz de predecir este tipo de comportamientos. En nuestro análisis factorial no se detectó esta relación. Una diferencia importante con respecto a nuestro estudio fue la edad de la muestra, los estudios citados incluyen adultos.

Beversdorf (30) refiere que aún no se conoce si la heterogeneidad del TEA se explica por una variabilidad continua en el contexto de múltiples dimensiones o por agrupaciones de casos, que pudieran tener cierta implicación para el tratamiento. Siguiendo este razonamiento se analizó si había diferencias entre los subgrupos de la muestra (autismo, síndrome de Asperger y TGD-NE) y los 3

factores analizados (F1, F2 y F3). Se han encontrado diferencias únicamente en el factor 3, correspondiente a las variables creatividad y flexibilidad cognitiva. Los sujetos autistas de nuestra muestra parecen tener menor creatividad y menor flexibilidad cognitiva que los otros dos subgrupos (síndrome Asperger y TGD-NE).

La creatividad es un parámetro poco investigado en el TEA. Las publicaciones clásicas (31-33) concluían que los sujetos con TEA, independientemente del subtipo, presentaban menor capacidad imaginativa y creativa. Sin embargo, algunos otros autores empezaron a relacionar el TEA con la genialidad y originalidad (34-35). En la línea de nuestros resultados, Frith (31) y Lewis & Boucher (32) concluían que los niños con autismo realizaban patrones menos creativos. Sin embargo, Craig J y Baron-Cohen (33) encontraron que no sólo el subtipo de autismo presentaría una pobre creatividad, sino también el subtipo de Asperger. Recientes investigaciones hablan de un perfil de cognición creativa único entre los niños con TEA. En este estudio se investigó la creatividad verbal y figurativa en niños con TEA y niños con neurodesarrollo típico. Se observó que los niños con TEA generan una mayor cantidad de metáforas creativas y utilizan más inserciones de categorías cruzadas en la tarea de creatividad figurativa (36). En nuestro estudio, que evaluó la creatividad verbal, se observan diferencias entre los subgrupos de TEA, con menor creatividad verbal en el subgrupo autista en comparación con el subgrupo Asperger y TGD-NE. Se requerirá estudios futuros para mejorar el conocimiento de la creatividad en los niños con TEA.

LIMITACIONES

El estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño con lo que la precisión de nuestras estimaciones es limitada, siendo necesario ampliar el tamaño para verificar y afianzar resultados. En segundo lugar, nuestra muestra no es un óptimo reflejo de la realidad del TEA ya que nuestros pacientes pertenecen a un subgrupo con un nivel de funcionalidad medio-superior, sin tener apenas representación

de niveles de funcionalidad inferiores. En tercer lugar, la aplicación de las diferentes baterías neuropsicológicas fue realizada en versión mesa con lápiz y papel, habiendo demostrado algunos estudios mejores resultados en la versión informatizada (37-38).

CONCLUSIONES

En este estudio no se han encontrado fenotipos entre las variables cognitivas y conductuales estudiadas entre los subgrupos de TEA. Dentro de los *clusters* se ha observado que el subgrupo de autismo presenta menor flexibilidad cognitiva y creatividad que los otros subgrupos. Se necesitarán más estudios para poder seguir investigando la existencia de fenotipos clínicos que expliquen la gran variabilidad clínica en este trastorno y poder desarrollar modelos teóricos para explicar mejor el funcionamiento cognitivo y conductual de estos menores y poder diseñar tratamientos más adecuados.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de interés de los autores en relación al artículo. Este estudio de investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

REFERENCIAS

1. Ousley O, Cermak T. Autism Spectrum Disorder: defining dimensions and subgroups. *Curr Dev Disord Rep.* 2014;1: 20-8.
<https://doi.org/10.1007/s40474-013-0003-1>
2. Constantino JN, Gruber CP, Davis S, Hayes S, Passanante N & Przybeck T. The factor structure of autistic traits. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(4): 719-26.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00266.x>
3. Witwer AN, Lecavalier L. Examining the validity of autism spectrum disorder subtypes. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(9):1611-24.
<https://doi.org/10.1007/s10803-008-0541-2>
4. Sanders JL. Qualitative or quantitative differences between Asperger's disorder and autism?

- Historical considerations. *J Autism Dev Disord.* 2009;39(11): 1560-7.
<https://doi.org/10.1007/s10803-009-0798-0>
5. Leekam SR, Libby SJ, Wing L, Gould J, Taylor C. The Diagnostic interview for social and communication disorders: algorithms for ICD-10 childhood autism and Wing and Gould autistic spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2002;43(3): 327-42.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00024>
 6. Rinehart NJ, Bradshaw JL, Tonge BJ, Breerton AV & Bellgrove MA. A neurobehavioral examination of individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder using a fronto-striatal model of dysfunction. *Behav Cogn Neurosci Rev.* 2002;1(2): 164-77.
<https://doi.org/10.1177/1534582302001002004>
 7. Ghaziuddin M. Brief report. Should the DSM-V drop Asperger syndrome? *J Autism Dev Disord.* 2010;40: 1146-48.
<http://doi.org/10.1007/s10803-010-0969-z>
 8. Kaland N, Callesen K, Møller-Nielsen A, Mortensen EL & Smith L. Performance of children and adolescents with Asperger syndrome or high-functioning autism on advanced theory of mind tasks. *J Autism Dev Disord.* 2008;38: 1112-16.
<http://doi.org/10.1007/s10803-007-0496-8>
 9. Tsai LY. Asperger's disorder will be back. *J Autism Dev Disord.* 2013; 43(12): 2914-42.
<https://doi.org/10.1007/s10803-013-1839-2>
 10. Garrido D, García-Fernández M, García-Retamero R, Carballo G. Perfil comunicativo y de adaptación social en población infantil con trastornos del espectro autista: nuevo enfoque a partir de los criterios del DSM-5. *Rev Neurol.* 2017;65(02): 49-56.
<https://doi.org/10.33588/rn.6502.2017019>
 11. Whitehouse AJ, Stanley FJ. Is autism one or multiple disorders? *Med J Aust.* 2013;198(6): 302-3. <https://doi.org/10.5694/mja12.11667>
 12. Shuster J, Perry A, Bebkó J, Toplak ME. Review of factor analytic studies examining symptoms of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(1): 90-110.
<https://doi.org/10.1007/s10803-013-1854-3>
 13. Szatmari P. Commentary: does a clinical diagnosis of ASD make a difference to outcomes in adolescence? A response to Russell et al. (2012). *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53(7): 745-7.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02555.x>
 14. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S. ADOS. Escala de observación para el diagnóstico del autismo. Manual. Madrid, España. TEA Ediciones; 2008.
 15. Le Couteur A, Lord C, Rutter M. ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada. Manual. Madrid, España. TEA Ediciones; 2008.
 16. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtis G. Wisconsin Card Sorting Test Manual. Odesa (FL). Psychological Assessment Resource Inn; 1981.
 17. Corbalán Berná FJ, Martínez Zaragoza F, Donolo DS, Alonso Monreal C, Tejerina Arreal M, Limiñana Gras, R. M. CREA. Inteligencia Creativa. Una medida cognitiva de la creatividad. Madrid: TEA Ediciones; 2003.
 18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).
 19. Cardona F, Valente F, Miraglia D, D'Ardia C, Baglioni V, Chiarotti F. Developmental Profile and Diagnoses in Children Presenting with Motor Stereotypies. *Front Pediatr.* 2016;4: 126.
<https://doi.org/10.3389/fped.2016.00126>
 20. Bishop SL, Hus V, Duncan A, Huerta M, Gotham K, Pickles A et al. Subcategories of restricted and repetitive behaviors in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2013;43(6): 1287-97.
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1671-0>
 21. Uljarević M, Arnott B, Carrington SJ, Meins E, Fernyhough C, McConachie H, Le Couteur A, Leekam SR. Development of restricted and repetitive behaviors from 15 to 77 months: Stability of two distinct subtypes? *Dev Psychol.* 2017;53(10): 1859-68.
<https://doi.org/10.1037/dev0000324>
 22. Gabriels RL, Agnew JA, Miller LJ, Gralla J, Pan Z, Goldson E et al. Is there a relationship between restricted, repetitive, stereotyped behaviors and interests and abnormal sensory response in

- children with autism spectrum disorders? *Res Autism Spectrum Disord.* 2008;2(4): 660-70.
23. Boyd BA, McBee M, Holtzclaw T, Baranek GT, Bodfish JW. Relationships among repetitive behaviors, sensory features, and executive functions in high functioning autism. *Res Autism Spectr Disord.* 2009;3(4): 959-66.
<https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.05.003>
24. Gal E, Dyck MJ, Passmore A. Relationships between stereotyped movements and sensory processing disorders in children with and without developmental or sensory disorders. *Am J Occup Ther.* 2010;64(3): 453-61.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2010.09075>
25. Rutherford MD & Rogers SJ. Cognitive underpinnings of pretend play in autism. *J Autism Dev Disord.* 2003;33(3):289-302.
<https://doi.org/10.1023/a:1024406601334>
26. Román-Oyala R, Reynolds S, Soto-Feliciano I, Cabrera-Mercader L, Vega-Santana J. Child's Sensory Profile and Adult Playfulness as Predictors of Parental Self-Efficacy. *Am J Occup Ther.* 2017;71(2): 7102220010p1-7102220010p8.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2017.021097>
27. Mostert-Kerckhoffs MAL, Staal WG, Houben RH, de Jonge MV. Stop and change: inhibition and flexibility skills are related to repetitive behavior in children and young adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2015;45: 3148-58.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2473-y>
28. Russ SW, Schafer E. Affect in fantasy play, emotion in memories and divergent thinking. *Creativity Research Journal.* 2006;18: 347-354.
https://doi.org/10.1207/s15326934crj1083_9
29. Hill EL. Executive dysfunction in autism. *Trend Cogn Sci.* 2004;8(1): 26-32.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2003.11.003>
30. Beversdorf DQ, Missouri. Autism Summit Consortium. Phenotyping, etiological factors, and biomarkers: toward precision medicine in Autism Spectrum Disorders. *J Dev Behav Pediatr.* 2016;37: 659 - 673. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000351>
31. Frith U. Cognitive mechanisms in autism: Experiments with color and tone sequence production. *J Autism and Child Schizophr.* 1972;2: 160-173.
<https://doi.org/10.1007/bf01537569>
32. Lewis V, Boucher J. Skill, content and generative strategies in autistic children's drawings. *B J Devell Psychol.* 1991;9: 393-416.
33. Craig J, Baron-Cohen S. Creativity and imagination in autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 1999;29(4): 319-26.
<https://doi.org/10.1023/a:1022163403479>
34. Fitzgerald M. Autism and creativity: is there a link between autism in men and exceptional ability. New York, EEUU. Routledge, 2003.
35. Sacks O. Autistic geniuses? We're too ready to pathologize. *Nature.* 2004;429:241.
36. Kasirer A, Adi-Japha E and Mashal N. Verbal and Figural Creativity in Children With Autism Spectrum Disorder and Typical Development. *Front Psychol* 20 Oct 27;11:559238.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559238>
37. Sachse M, Schlitt S, Hainz D, Ciaramidaro A, Schirman S, Walter H et al. Executive and visuo-motor function in adolescents and adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* 2013;43: 1222-35.
<https://doi.org/10.1007/s10803-012-1668-8>
38. Ozonoff S. Reliability and validity of the Wisconsin Card Sorting Test in studies of autism. *Neuropsychology.* 1995;9(4):491-500.

A. Osorio Guzmán^{1*}
B. Antúnez María²
R. Hernando Segura¹
R. Gordo Seco¹

1. Licenciada Especialista de Área. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Complejo Asistencial Universitario de Burgos, España.

2. Licenciada Especialista de Área. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. Hospital Universitario de Donostia, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Ángela Osorio Guzmán
Correo electrónico: aosorio@saludcastillayleon.es

Combinación de Clozapina + Aripiprazol en esquizofrenia de inicio muy precoz resistente. A propósito de un caso

Clozapine + Aripiprazole Combination in Very early-onset Resistant Schizophrenia. A case study

RESUMEN

La esquizofrenia de inicio precoz es un cuadro infrecuente pero muy grave, que requiere de la instauración temprana de un tratamiento eficaz. La clozapina es el estándar en el tratamiento de la psicosis refractaria y su eficacia en niños y en adolescentes es similar a la de los adultos, aunque esta población tiene más riesgo de sufrir efectos adversos potencialmente graves que comprometan su funcionamiento y calidad de vida. Una estrategia para sortear estos inconvenientes habitualmente utilizada en la práctica clínica, es la combinación de antipsicóticos que se sustenta en que al disminuir la dosis de los fármacos respecto a la monoterapia se disminuyen los efectos adversos que se producen a dosis más altas. Una de las combinaciones de antipsicóticos más estudiada en los últimos años es la de clozapina y aripiprazol. Presentamos el caso de un paciente varón, de 13 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide de inicio muy precoz, resistente a tratamiento, en el que se utilizó la combinación de clozapina con aripiprazol con buenos resultados a nivel de eficacia y tolerancia. El paciente presentaba, además, sintomatología obsesivo-compulsiva que se relacionó con la clozapina y que remitió tras la adición al tratamiento de aripiprazol.

Palabras clave: Esquizofrenia infantil, Clozapina, Aripiprazol, Combinación de medicamentos.

ABSTRACT

Early-Onset Schizophrenia is a rare but very serious condition, which requires the early establishment of an effective treatment. Clozapine is the gold standard in the treatment of refractory psychosis and its efficacy in children and adolescents is similar to that in adults, although this population is at higher risk of potentially serious adverse effects that interfere in their functioning and life quality. A strategy to overcome these drawbacks commonly used in clinical practice is antipsychotics combinations, based on the fact that reducing the dose of drugs compared to monotherapy, reduces the adverse effects that occur at higher doses. We present the case of a 13-year-old male patient, diagnosed with Very Early-Onset treatment-resistant Paranoid Schizophrenia, resistant to treatment, in which the combination of Clozapine + Aripiprazole was used with good results in terms of efficacy and tolerance. The patient also presented obsessive-compulsive symptoms that were linked associated to clozapine, which remitted after adding Aripiprazole to the treatment.

Keywords: Schizophrenia, Childhood, Clozapine, Aripiprazole, Drug Combination.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia de inicio temprano es un cuadro infrecuente, aunque muy grave. El inicio precoz, que suele ser insidioso, con predominio de síntomas negativos, trastornos motores y del lenguaje; se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad. De esta manera, la instauración temprana de un tratamiento eficaz se convierte en fundamental de cara a favorecer una evolución satisfactoria en estos pacientes y evitar, en la medida de lo posible, la aparición de déficits en el desarrollo motor, del lenguaje, social y cognitivo (1).

La clozapina, es un antipsicótico de segunda generación cuyo mecanismo de acción, basado en una baja afinidad por receptores dopaminérgicos D1, D2, D3 y D5 y una alta afinidad por los D4 y los receptores serotoninérgicos 5HT2A y 5HT2C, además de acción sobre otros de neurotransmisores; lo convierte en un antipsicótico enormemente eficaz, no sólo en cuanto a la reducción de síntomas positivos, sino como estabilizador del estado de ánimo y con posible eficacia sobre los síntomas cognitivos de los pacientes (2, 3). Su eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia resistente ha sido demostrada de forma reiterada (4, 5, 6). En el caso de niños y adolescentes, las publicaciones hablan de una eficacia similar a la de los adultos en esta población (6). Además de la efectividad, la menor tasa de elevación de prolactina y la menor probabilidad de sufrir efectos adversos extrapiramidales y discinesia tardía, resultan ventajosas a la hora de tratar a una población que previsiblemente tendrá que ser tratada con antipsicóticos a largo plazo y, desde una edad muy temprana. Sin embargo, se ha descrito que los niños y adolescentes tienen mayor riesgo que los adultos de sufrir otros efectos secundarios del fármaco como la neutropenia (que obliga a una estricta monitorización hematológica), la sedación, la ganancia de peso, el riesgo cardiometabólico, la cardiotoxicidad y la disminución significativa del umbral epiléptico (5, 6). Estos efectos secundarios no son sólo potencialmente graves, sino que en el caso de la sedación, la ganancia ponderal o los efectos anticolinérgicos, pueden comprometer el funcionamiento y la calidad de vida de los pacientes seriamente. Para sortear estos inconvenientes, en la

práctica clínica diaria, y a pesar de la escasa evidencia favorable publicada (9) o de recomendaciones en contra (10), la combinación de antipsicóticos es habitual y suele sustentarse en que al disminuir la dosis de los fármacos respecto a la monoterapia se disminuyen los efectos adversos que se producen a dosis más altas (7). En particular, la combinación aripiprazol y clozapina ha sido una de las que ha suscitado más interés científico en los últimos años (3), también en la población infanto-juvenil (11). Una de las posibles aplicaciones específicas de esta combinación ha sido la de minimizar los posibles síntomas obsesivo-compulsivos atribuidos a la clozapina (8).

Presentamos el caso de un paciente varón, de 13 años, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide de inicio muy precoz, resistente a tratamiento, en el que se utilizó la combinación de clozapina y aripiprazol con buenos resultados a nivel de eficacia y tolerancia.

CASO CLÍNICO

Antecedentes Personales

- *Historia evolutiva:* Gestación deseada, controlada con ecografías normales y sin incidencias. Ectasia bilateral congénita con mínimos quistes renales diagnosticado de forma prenatal y sin complicaciones posteriores. Parto eutócico a las 40 semanas. Sin incidencias en el periodo perinatal. Pruebas metabólicas neonatales normales. Cribaje auditivo neonatal normal. Lactancia materna hasta los 2 meses y diversificación alimentaria sin dificultades. Desarrollo ponderoestatural normal. Enuresis nocturna primaria hasta los 9 años. Leve torpeza fina, torpeza gruesa, deambulación libre a los 13 meses. Retraso del lenguaje en tratamiento con logopedia desde los 4 años. Inicio de la lecto-escritura a los 4-5 años, con dificultad. En la esfera social, tímido, pero inicialmente no presentaba problemas en las relaciones con pares.
- *Antecedentes Familiares:* Segundo de una fratria de dos hermanos. Sus padres se separaron cuando tenía 12 años. Custodia compartida. Su hermana es diez años mayor que él y estudia en la universidad fuera de la ciudad. No se describen

antecedentes familiares médicos o psiquiátricos relevantes.

- *Antecedentes médicoquirúrgicos:* Vacunación en regla. Ingreso a los 15 días de edad por fiebre sin foco. Astigmatismo e hipermetropía. Otitis serosa. Seguimiento en Nefrología por pielectasia bilateral y microquistes renales, sin repercusión sobre la función renal. Alteración de la pisada corregida mediante férulas pediátricas nocturnas. Amigdalectomizado.

A los 6 años, es derivado por su nefrólogo a la Unidad de Neuropediatría por aspecto macrocefálico y hallazgos en Resonancia Magnética Cerebral consistentes en “aumento de tamaño del atrio y astas occipitales de ventrículos laterales, aumento de tamaño de los espacios perivasculares y focos glióticos perilesionales que obligan a descartar un trastorno leve del metabolismo de los mucopolisacáridos/lípidos, a correlacionar con datos clínicos y analíticos”. Se realiza analítica con ácidos grasos de cadena muy larga, fitánico y pristánico, que resulta normal. Se realiza estudio genético con resultado de delección 17q12 (asociado a la presencia de quistes renales, trastornos del lenguaje, discapacidad y alteraciones psiquiátricas: trastornos del espectro autista, ansiedad, esquizofrenia y bipolaridad) (13).

Historia Psiquiátrica y Evolución Clínica:

Inició seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (USMIJ), en Psicología Clínica, a los 8 años de edad, derivado desde Neuropediatría por “nerviosismo y dificultades en el aprendizaje”. En las primeras consultas se describían síntomas de ansiedad, irritabilidad y dificultades de relación con pares (timidez, peleas frecuentes, decía que “los niños eran tontos”). Además, presentaba un bajo rendimiento escolar, ya en ese momento con desfase curricular de un curso. Habían percibido, además, que el niño preguntaba a sus padres de forma reiterativa que quién era mejor, si él u otros niños. Se realizó Evaluación Neuropsicológica, con resultado de CI de 74 sin encontrarse datos de inatención, hiperactividad o impulsividad. Ante el empeoramiento progresivo, sobretudo en la esfera social, se derivó a Psiquiatría para valoración.

Inició seguimiento en consultas de Psiquiatría a los 10 años de edad. Durante las primeras entrevistas, se detectaron serias dificultades en la interacción social y escasa capacidad de mentalización; lo describían como “rencoroso” y “muy sensible”. Además, presentaba intereses restringidos y peculiares (sólo hablaba de fútbol, era lo único que veía en la televisión y miraba datos de fútbol continuamente en su Tablet; también comprobaba en internet la humedad en el ambiente de forma reiterada y prestaba mucha atención a los zapatos de todo el mundo). Presentaba irritabilidad y ansiedad, sobretudo en entornos en los que hubiese otros niños. Se filió como un posible Trastorno del Espectro Autista (TEA) y se inició tratamiento farmacológico con risperidona hasta 1.5 mg/día (tratamiento que duró dos años). En este sentido, se realizó evaluación diagnóstica con la entrevista *Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) y *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2), que resultaron dudosas y sin que cumpliera completamente criterios para TEA. El paciente progresivamente presenta dificultades sociales más llamativas, con episodios de heteroagresividad frecuentes en el entorno escolar y familiar, con sintomatología ansiosa cada vez más intensa. Se añade al tratamiento fluoxetina hasta 20 mg/día (también durante unos dos años), a lo que responde parcialmente, manteniéndose más o menos estable durante un tiempo.

A los 12 años de edad, comenzó a presentar episodios de heteroagresividad en la vía pública sin detonante aparente, porque decía que la gente “le miraba”. Esta suspicacia empeoró gradualmente y comenzó a verbalizar ideación de perjuicio y de carácter autorreferencial (“los señores del semáforo se meten en casa a ver mis medicinas”, “los niños del colegio me ponen pajaritos en la cabeza... me quieren cambiar el pensamiento”), por lo que se decidió ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de referencia para estabilización. Durante el ingreso, se intentó tratamiento con risperidona, aripiprazol y haloperidol, sin que se apreciase remisión de la clínica psicótica, por lo que se decidió iniciar clozapina hasta 37,5 mg/día, con una respuesta parcial. Es dado de alta tras cuarenta y cuatro días de ingreso con los diagnósticos de esquizofrenia paranoide de inicio

36

muy precoz y trastorno generalizado del desarrollo, no especificado.

Tras el alta, reinicia seguimiento en USMIJ, con una evolución tórpida: con un grave deterioro en el funcionamiento, con absentismo escolar, nula autonomía, y persistencia de sintomatología psicótica con importante repercusión emocional y conductual, lo que obliga a ajustar al alza clozapina hasta 100 mg/día. Se añade al tratamiento, además, clorazepato 30 mg/día y olanzapina hasta 10 mg/día, para tratar de controlar la intensa sintomatología ansiosa e insomnio. Con esta pauta, se consigue mayor control de la sintomatología positiva, aunque presenta somnolencia, importante ganancia ponderal y leve dislipemia. Además, aparece sintomatología de carácter obsesivo-compulsivo (rumiaciones en torno a la limpieza que se acompaña de rituales a la hora de lavarse los dientes o ir al baño), que se sospecha que está relacionada con el tratamiento con la clozapina (8).

A la vista de la situación, se decide, en base a la literatura científica existente (8), la retirada de olanzapina y clorazepato, y añadimos a aripiprazol hasta 15 mg/día y clonazepam hasta 2 mg/día, al tratamiento con clozapina 100 mg/día, que se mantuvo. Tras estas modificaciones, observamos cambios clínicos favorables, con mejoría progresiva de la sintomatología obsesivo-compulsiva y menor repercusión de la sintomatología psicótica. Persiste ideación delirante de carácter referencial, pero con menor repercusión tanto a nivel emocional como conductual. Los episodios de heteroagresividad y angustia son cada vez menos frecuentes e intensos. A nivel de tolerancia, observamos también buenos resultados, y actualmente, encontramos al paciente menos enlentecido y somnoliento. Además, hemos podido apreciar una leve pérdida de peso en el plazo de dos meses desde el cambio de tratamiento.

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa constituye un ejemplo de patología mental grave y muy compleja en cuanto a su definición, diagnóstico y abordaje terapéutico. La esquizofrenia de inicio muy precoz (antes de los 13 años) es un cuadro muy infrecuente y grave (1). En el caso que se presenta parece secundaria a

la delección cromosómica 17q12 cuyo síndrome se ha relacionado con anomalías estructurales en el riñón (como las que presenta el paciente), diabetes tipo *Madurity Onset Diabetes of the Young* (MODY) y numerosas alteraciones en el neurodesarrollo y neuropsiquiátricas entre las que se encuentran el retraso del desarrollo, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el trastorno del espectro del autismo (13). La inespecificidad de la clínica y variabilidad temporal, generaron importantes dudas en el diagnóstico diferencial que se planteó fundamentalmente con un TEA, hasta el momento en que una clara sintomatología psicótica positiva pasó a un primer plano del cuadro clínico, despejando las dudas. Si atendemos a los criterios más frecuentemente utilizados (12), podría considerarse una esquizofrenia resistente a tratamiento al no haber respondido a hasta 3 antipsicóticos atípicos y típicos en monoterapia. Esta circunstancia, hace que sea necesario recurrir a la clozapina como estándar en el tratamiento de la psicosis resistente. Nuestro paciente, a una dosis de 100 mg/día, presentaba una remisión clínica parcial con múltiples efectos adversos. Además, el paciente presentaba sintomatología obsesivo-compulsiva, una comorbilidad que varios autores han relacionado con el tratamiento con antipsicóticos con efecto antiserotoninérgico, especialmente la clozapina (8).

En estas circunstancias, parecía poco recomendable elevar la dosis de Clozapina, pues, aunque la adecuada respuesta clínica era esperable, se corría el riesgo de empeorar la somnolencia, la sintomatología obsesiva y la ganancia ponderal. Se consideró que estos efectos adversos, podrían tener una importante repercusión sobre el funcionamiento del paciente y su salud física, más, teniendo en cuenta que se trata de un adolescente de 13 años, que probablemente recibiría tratamiento a largo plazo y que se encuentra en un momento evolutivo importante.

El aripiprazol es un antipsicótico atípico que modula la dopamina a través de un agonismo parcial de los receptores D2, de manera que incrementa los niveles de dopamina cuando ésta es escasa y los disminuye en condiciones hiperdopaminérgicas (2, 3). Además, se comporta también como un

modulador del receptor serotoninérgico 5HT1A y como antagonista de los receptores 5HT2A, que confiere al fármaco una cierta acción antidepresiva (2, 3). La combinación de aripiprazol y clozapina, se sustenta sobre la asunción teórica de que este mecanismo de acción permitiría tratar de forma complementaria, los síntomas psicóticos de manera eficaz sin tener que recurrir a altas dosis de clozapina, disminuyendo la sedación, la ganancia de peso, las alteraciones metabólicas y el riesgo de crisis comiciales o complicaciones metabólicas (3, 8). Además, la acción serotoninérgica, contribuiría a paliar la sintomatología obsesivo-compulsiva asociada a clozapina (8). Esta combinación, ya se ha informado como eficaz en algunas publicaciones de estudios de caso (3, 8), y en el que presentamos, la respuesta al tratamiento combinado fue adecuada, con mejoría de la sintomatología psicótica y obsesivo-compulsiva, menor somnolencia, menor enlentecimiento e incluso, cierta pérdida ponderal; por lo que asistimos a una mejoría valorable del funcionamiento y calidad de vida del paciente.

CONCLUSIONES

En el tratamiento de la esquizofrenia refractaria en población infantil y juvenil, la combinación de clozapina y aripiprazol podría resultar ventajosa tanto a nivel de eficacia clínica como a nivel de tolerancia; especialmente en el caso de la sintomatología obsesiva inducida por clozapina; siendo necesarios más estudios al respecto.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

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 sometida a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Ninguna de las autoras declara conflictos de intereses al respecto del manuscrito. Se ha respetado en todo momento la confidencialidad y se ha cumplido con la normativa vigente en materia de protección de datos.

REFERENCIAS

1. Rey JM (editor). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
2. Stahl S. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del prescriptor. Sexta ed. Toledo: Grupo Aula Médica; 2018.
3. Sánchez-Araña Moreno T, González Moreno JM, Rueda Villar T, Ruiz Doblado S. Potenciación de clozapina con aripiprazol en esquizofrenia resistente: informe de casos. *Psiquiatría Biológica*. 2007; 14(2): p. 77-80.
[https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(07\)73264-5](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(07)73264-5)
4. Sporn A, Vermani A, Greenstein D, Bobb A, Spencer E, Clasen L, et al.. Clozapine treatment of childhood-onset schizophrenia: evaluation of effectiveness, adverse effects, and long-term outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(10): p. 1349-56.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31812eed10>
5. Kranzler HN, Cohen SD. Psychopharmacologic treatment of psychosis in children and adolescents: efficacy and management. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013; 22(4): 727-44. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.06.002>
6. Boehme K V, Durán L E. Experiencia clínica con el antipsicótico clozapina en niños y adolescentes menores de 18 años en Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* [Internet]. 2012; 50(2): 85-99. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527729002>
7. Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, Baumann P, Davidson M, de Hert M et al. Ventajas y desventajas del tratamiento de combinación con antipsicóticos. Reunión ECNP Consensus, marzo de 2008, Niza. *Psiquiatría Biológica*. 2011; 18: 55-67.
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2011.06.001>
8. Englisch S, Esslinger C, Inta D, Weinbrenner A, Peus V, Gutschalk A et al. Clozapine-Induced Obsessive-Compulsive Syndromes Improve in Combination With Aripiprazole. *Clinical Neuropharmacology*. 2009; 32: 227-229.
<https://doi.org/10.1097/WNF.0b013e31819cc8e6>

9. Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tanskanen A. Association of Antipsychotic Polypharmacy vs Monotherapy With Psychiatric Rehospitalization Among Adults With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76: 499-507. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4320>
10. Sohn M, Burgess M, Bazzi M. Antipsychotic Polypharmacy among Children and Young Adults in Office-Based or Hospital Outpatient Department Settings. *Pharmacy (Basel)*. 2017; 5: 64. <https://doi.org/10.3390/pharmacy5040064>
11. Bachmann CJ, Lehr D, Theisen FM, Preiss M. Aripiprazole as an adjunct to clozapine therapy in adolescents with early-onset schizophrenia: a retrospective chart review. *Pharmacopsychiatry*. 2009; 42: 153-7. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1202266>.
12. Suzuki T, Remington G, Mulsant BH, Rajji TK, Uchida H, Graff-Guerrero A, Mamo DC. Treatment resistant schizophrenia and response to antipsychotics: a review. *Schizophr Res*. 2011; 133: 54-62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.09.016>.
13. Mitchel MW, Moreno-De-Luca D, Myers SM, et al. 17q12 Recurrent Deletion Syndrome. 2016 Dec 8 [Updated 2020 Oct 15]. En: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., editores. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401562/>

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría 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 [Comittee on Publication Ethics \(COPE\)](#) en ética de la publicación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (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.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría 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 CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

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

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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