

EDITORIAL

COVID-19, crisis y respuesta en salud mental

Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)..... 3

ARTICULO ORIGINAL

Función ejecutiva, lenguaje pragmático y perfiles psicopatológicos según la CBCL en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia.

M.A. Parrilla-Escobar, S. Cerezo Corredera, B. García Díez, C. de Andrés Lobo, C. de Cáceres Riol, M.A. Maniega Rubio, V. Molina Rodríguez..... 5

BRIEF-P: Trastornos por Déficit de Atención Hiperactividad versus Trastorno del Espectro Autista

Esperanza Bausela Herreras 17

CASO CLÍNICO

Aripiprazol intramuscular de liberación prolongada como potenciación de sertralina en una adolescente con Trastorno obsesivo-compulsivo: A propósito de un caso

F. J. Torres Varona, N. Rodríguez Criado y I. Mesian Pérez..... 29

Episodio maníaco tras la administración simultánea de 4 vacunas: relación temporal frente a relación causal. A propósito de un caso

M. Real-López, A. Fuertes-Saiz, N. Prades Salvador, E. Ruiz-Palomino, C. Ramos-Vidal..... 34

IN MEMORIAM

Despedida a Vicente López-Ibor Camós

J.L. Pedreira Massa..... 42

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 44



Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

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

Secretaría

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

COMITÉ EDITORIAL

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

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: *Dolores M^a Moreno Parcillos*

Vice-presidente: *José Ángel Alda Díez*

Secretario: *Carlos Imaz Roncero*

Tesorera: *Beatriz Payá Gonzalez*

Presidenta Comité Científico: *Luisa Lázaro García*

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: *Belén Rubio Morell*

Vocales: *Rafaela Caballero Andaluz,*

C. Pilar Baos Sendarrubias y Kristian Naenen Hernani

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

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

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

**Indizada en Academic Search Premier,
Fuente Academica Plus Evaluada en
LATINDEX.**

**Catálogo v1.0 (2002 - 2017), CARHUS
Plus+ 2018**

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

con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en
la C/Santa Isabel nº51, inscrita en el Registro
Nacional de

Asociaciones, con el número 7685,

Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

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

2020. Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

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

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

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Publicación trimestral

Soporte Técnico:

**Journals &
Authors**
soluciones en publicaciones científicas

Medellín, Colombia

Tel.: (+57) 316 7322347

www.jasolutions.com.co

**Junta Directiva de la Asociación Española de
Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA)**

DOI: [10.31766/revpsij.v37n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n1a1)

COVID-19, CRISIS Y RESPUESTA EN SALUD MENTAL

Escribir unas palabras en este momento es una responsabilidad, pero también una necesidad. No podíamos sacar un número más de nuestra revista científica, cómo si no hubiera o no estuviera pasando nada. Por ello la Junta de AEPNyA, en su conjunto, quiere manifestaros sus deseos y pensamientos.

Es un momento histórico que podemos vivir con cierta incredulidad, pero que la experiencia de enfermedad y de muerte cercanas nos trae de forma cruda a la realidad. Esta experiencia, que además es la de todos, la compartimos con mayor o menor cercanía en nuestras familias y amigos, en nuestros compañeros sanitarios y también en los miembros de esta asociación de psiquiatras infantiles que han sufrido o están sufriendo la enfermedad. Y con mayor impacto en los que han fallecido recientemente, el Dr. Vicente López-Ibor, presidente de honor de nuestra asociación, y el Dr. Gonzalo Morandé, referente para la atención a los Trastornos de la conducta alimentaria, y, ambos, referentes de la Psiquiatría de la infancia en España y que se glosarán en futuros obituarios.

Esta asociación necesaria, valorada, querida e incluso “amada” por lo que significa y por lo que es, para todos los que nos sentimos parte de ella y de su historia. Es verdad que, como toda realidad humana, siempre incompleta, siempre insuficiente y siempre con capacidad para mejorar e incorporar el impulso, el deseo y la capacidad de todos los que formamos parte de ella. Ojalá sea así.

No viene mal nada, tampoco las críticas, necesitamos decirnos las cosas, aunque no nos gusten. Alguno nos habéis dicho que hemos dicho poco, incluso que debiéramos estar más presentes en la sociedad. Es verdad y es verdad que reclamamos lo que entendemos que por derecho nos pertenece, pero que se hace esquivo, y la realidad nos vuelve a una realidad que nos parece injusta. Y podemos quedarnos ahí, pero no, aquí y allá surgen las experiencias de unos y otros que aportan su pequeño grano de arena, poniendo su aportación o su proyecto.

Hoy muchos de nosotros estamos en la retaguardia, a la espera de lo que las repercusiones futuras, otros (1) en la vanguardia, aportando lo que más y mejor sabemos hacer, comunicar, ser puente.

Los que estamos en la retaguardia, nos hemos ocupado de llamar y conectar con los niños y sus familias que veían como sus citas eran anuladas y/o desplazadas indefinidamente, sabiendo que algunas de ellas eran difíciles de retrasar. Así, hemos atendido de forma telefónica mayoritariamente y, para los pacientes que había más posibilidades o necesidad, con videoconsultas, presencialmente, e incluso con atención domiciliaria, improvisando espacios para este tipo de asistencia.

Y lo que han estado en la punta de la atención, realizando ese enlace que habitualmente realizamos entre niños y padres, pero ahora necesario entre enfermos aislados y sus familias o entre sanitarios y las familias de los enfermos de COVID-19, apoyando en esos momentos en los que ya solo se puede decir que se ha hecho lo posible y hay que iniciar, cuando se puede, el proceso de despedida hasta la muerte del ser querido.

Comunicar frente al aislamiento buscando soluciones que permitan mantener los cuidados y prevenciones para no diseminar más, pero a la vez cuidando y conectando a unos y otros. Mejorando la calidad y satisfacción, pero también previniendo los duelos patológicos que todos esperamos, fruto de estas experiencias de muerte y duelo en soledad.

Y, sin duda, se han desarrollado programas de atención a profesionales para favorecer la gestión y afrontamiento de la situación, en la que surgen múltiples e inevitables sentimientos de miedo, de culpa, de angustia y pesadumbre.

Somos la especialidad del sentimiento, pero también del pensamiento, en el que la duda, en un momento donde todo es incertidumbre, aparece como algo razonable, en el que lo posible es lo correcto y lo ético, pero en el que cabe siempre algo más, en donde se espera algo más y, si no hemos llegado, surge la duda de una posible insuficiencia o incapacidad.

Los conflictos éticos no han dejado de estar presentes desde el inicio, conscientes, tardíamente, de la insuficiencia de medios. Y aunque era esperado el pico de demanda y ha habido transformaciones importantes de la asistencia, no ha dejado de ser desbordante sobre la realidad. Encontrándonos con que la mayoría de los servicios psiquiátricos aun siendo útiles, pero “no esenciales” eran, a menudo, cerrados y reutilizados. (2)

El mundo de los miedos, de las angustias y de las culpas nos pertenece y es una batalla para la que debemos estar preparados para lidiar. Seguramente vendrán nuevas oleadas de infecciones, de miedos y de atenciones; y, seguramente, al final de todo estén los niños y los adolescentes, que, aunque para nosotros son los primeros en nuestra atención, son los que más aguantan, más dependientes y más tarde llegan. Y cuando nos llegue esta necesidad, a los que ahora estamos en retaguardia, posiblemente ya no haya ni medallas ni reconocimiento social; y solo el convencimiento y la fuerza de nuestras convicciones nos impulsará a trabajar por la infancia.

Los niños, adolescentes y jóvenes están pasando por una realidad nueva, pero para ellos, especialmente los más pequeños, todo es nuevo, y siempre esperamos que se adapten, porque ellos son más capaces y les damos ese poder de adaptación. Y es verdad que todos somos testigos de la capacidad de sufrimiento y de aguante que tienen, pero también del silenciamiento que sufren.

Y aunque la infancia es un colectivo poco afectado directamente si está viendo y viviendo cosas para las que nadie, ni los adultos con más recursos, estamos preparados.

Así, han visto como de un día para otro su vida ha cambiado radicalmente, se les aísla, con padres o parientes, y sin acceso a la escuela, actividades grupales, equipos deportivos o zonas de juego(3).

Pero los que requerirán mayor atención seguramente sea ese grupo que se les separa y se les aísla de sus cuidadores, por infección o sospecha de infección por COVID-19. Esta separación de los cuidadores de referencia impulsa a un estado de crisis y puede incrementar los problemas psiquiátricos con más trastornos por estrés, trastornos adaptativos y duelos. Se ha descrito que hasta un 30% de los niños aislados o en cuarentena pueden tener un trastorno por estrés postraumático.(4)

Sabemos que cuánto más pequeños son los niños más problemas genera la separación de los cuidadores (5) y ésta separación tiene múltiples causas (pobreza,

maltrato, fallecimientos, inmigración) con diferentes factores de riesgo y resultados y ahora se presenta una nueva situación que será preciso investigar.

Tendremos que luchar juntos y encarar este desafío aprovechando la urgencia de esta cuestión para innovar y crecer de manera que nos permitiría proteger y cuidar de manera más efectiva a aquellos que están más necesitados(6) aprovechando oportunidades (7)

REFERENCIAS

1. Arango C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. *Biol Psychiatry*. 8 de abril de 2020;0(0). Disponible en: <https://www.biologicalpsychiatryjournal.com/>
2. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *BMJ*. 6 de abril de 2020;369. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1379>
3. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*. abril de 2020;395(10231):e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
4. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 27 de marzo de 2020; [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
5. Humphreys KL. Future Directions in the Study and Treatment of Parent–Child Separation. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2 de enero de 2019;48(1):166-78. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1534209>
6. Horesh D. Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychol Trauma*. 2020; 12(4): 331-335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
7. Ahmad A, Mueller C, Tsamakis K. Covid-19 pandemic: a public and global mental health opportunity for social transformation? *BMJ*. 2020;369:m1383. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1383>

M.A. Parrilla-Escobar^{1*}
S. Cerezo Corredera¹
B. García Díez¹
C. de Andrés Lobo¹
C. de Cáceres Riol¹
M.A. Maniega Rubio¹
V. Molina Rodríguez¹

1. Servicio de Psiquiatría. Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

María Avelina Parrilla-Escobar
María Avelina Parrilla Escobar
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
C/Ramón y Cajal, 3
47003 Valladolid
Correo electrónico: mparrillae@saludcastillayleon.es
ORCID: [0000-0003-2673-3520](https://orcid.org/0000-0003-2673-3520)

*Función ejecutiva, lenguaje pragmático y perfiles psicopatológicos según la CBCL en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia***

Executive function, pragmatic language and CBCL psychopathological profiles in children with neurodevelopmental disorders and family history of schizophrenia

**Los resultados del presente artículo han sido presentados en formato poster en el 63 Congreso Nacional de AEPNYA (Oviedo, mayo 2019). Este trabajo no contó con financiación externa.

RESUMEN

Introducción: La escala CBCL de Achenbach completada por padres evalúa un amplio rango de problemas conductuales y emocionales de inicio en la infancia. Sus subescalas “retramiento-depresión” y principalmente “problemas de pensamiento” se han propuesto como medida de detección de riesgo de psicosis en adolescentes. Dentro de los posibles endofenotipos de la esquizofrenia se plantean la disfunción ejecutiva y la alteración en el lenguaje pragmático.

Objetivos: Identificar mediante ambas subescalas de la CBCL un subgrupo de niños y adolescentes con puntuaciones elevadas entre los pacientes que consultan en psiquiatría infantil por trastornos del neurodesarrollo y que tienen antecedentes familiares de esquizofrenia.

Material y métodos: Los padres completan la escala CBCL de Achenbach, CCC-Childrens Communication Checklist- (evaluación del lenguaje pragmático) y BRIEF-2 (evaluación conductual de la función ejecutiva).

Resultados: Se incluyeron 21 niños (16 niños; 5 niñas). Edad media 11,4 años. Los diagnósticos principales fueron TDAH (66,7%), trastorno de aprendizaje (9,5%) y TEA (9,5%). Las dos subescalas de la CBCL “retramiento-depresión” y “problemas de pensamiento” discriminan dos grupos, uno con afectación (n=11) con puntuaciones por encima del Pc70 y otro sin afectación (n=10) con puntuaciones inferiores al Pc70. Los casos con afectación mostraron más dificultades en el lenguaje pragmático y función ejecutiva que los del grupo sin afectación.

Conclusiones: Realizar una evaluación dimensional más completa de la psicopatología, como la que ofrece la CBCL, en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia puede ayudar a describir mejor las dificultades premórbidas e identificar casos susceptibles de seguimiento longitudinal e intervención precoz.

Palabras clave: trastornos del desarrollo neurológico, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, endofenotipos, función ejecutiva, trastorno de la comunicación social.

ABSTRACT

Introduction: The CBCL is a standardized form that parents fill out to describe their children's behavioral and emotional problems. Previous studies have suggested that two subscales, "withdrawal-depressed" and mainly "thought problems" may have utility as a psychosis risk screening measure in youth. Executive function and higher-order language dysfunctions have been postulated as potential endophenotypes for schizophrenia.

Objectives: To identify by means of the two CBCL subscales mentioned above, a group of children and adolescents with higher ratings amongst those patients attending an outpatient psychiatric clinic, who present a neurodevelopmental disorder and a family history of schizophrenia

Material and methods: Parents filled out CBCL, CCC-Childrens Communication Checklist- (evaluates pragmatic language) and BRIEF-2 (Behavior Rating Inventory of Executive Function).

Results: Twenty-one children were included (16 males; 5 females). Mean age 11,4 y/o. Main diagnoses were ADHD (66,7%), Learning Disorder (9,5%) and ASD (9,5%). CBCL subscales "withdrawn-depressed" and "thought problems" discriminated two groups. One with higher ratings (above Pc70) showing the presence of symptoms (n=11) and the other with lower ratings (below Pc70) indicating symptom absence (n=10). The first group showed more pragmatic language difficulties as well as poorer executive function.

Conclusions: A more comprehensive dimensional evaluation of the psychopathology of children with neurodevelopmental disorders and family history of schizophrenia, by means of CBCL, may provide a better description of premorbid difficulties, helping to identify more vulnerable cases for long term follow up and early intervention.

Keywords: neurodevelopmental disorders, schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, endophenotypes, executive function, social communication disorder.

INTRODUCCIÓN

El papel del neurodesarrollo es central en los modelos explicativos actuales de la etiopatogenia de la esquizofrenia (1)(2)(3). Se han descrito anomalías premórbidas en la infancia en pacientes diagnosticados en la edad adulta en comparación con controles. En relación con personas afectas de trastorno bipolar, las anomalías del ajuste premórbido parecen ser mayores en esquizofrenia (4). Se denomina continuidad heterotípica en psicopatología a que las conductas pueden cambiar en "forma" reflejando el mismo "proceso" básico. En este sentido ha sido descrito que existe continuidad entre el aislamiento social, conducta extravagante impredecible y déficit de atención en la infancia con la psicosis esquizofrénica en la edad adulta (5). Si se asume, por tanto, un proceso subyacente a un trastorno o enfermedad, cuyas manifestaciones conductuales cambian a lo largo del tiempo (1) parece conveniente una mejor descripción de fenotipos conductuales a lo largo de la infancia y adolescencia en poblaciones consideradas de mayor riesgo. En los estados de "alto riesgo" de psicosis, la psicopatología se muestra en el espectro psicótico, de una forma más breve o atenuada, mientras que en la infancia las anomalías observables no se solapan con las características propias de la esquizofrenia; la descripción de fenotipos conductuales a lo largo del desarrollo pueden aportar más al estudio de la denominada etapa premórbida (1).

Las evaluaciones realizadas por clínicos para determinar estados prodrómicos o estado mental de riesgo (Entrevista estructurada para síndromes prodrómicos-SIPS- o Entrevista para la evaluación general de los estados mentales de alto riesgo-CAARMS-) requieren tiempo de formación del profesional y una entrevista detenida con el paciente, además de no estar adaptadas para su uso en la infancia. De forma similar ocurre con las entrevistas de síntomas básicos, difíciles de llevar a la práctica con niños y sin validación en castellano (6). Con el objeto de realizar una evaluación dimensional de la psicopatología, mediante escalas de amplio uso que puedan ayudar como screening inicial, algunos

grupos han empleado evaluaciones dimensionales del temperamento (7) y han incluido diagnósticos subumbral. Otros han empleado la subescala “atipicidad” de la BASC-2 (Behavior Assessment System for Children) (8) y dos subescalas de la CBCL.

La escala CBCL (Child Behavior Check List) describe un amplio rango de problemas clínicos observables por padres/cuidadores durante la infancia y adolescencia (9). Mayores puntuaciones implican más síntomas en las áreas exploradas. Sus subescalas, “retramiento-depresión” y “problemas de pensamiento” se han propuesto como posible screening para la identificación de adolescentes con riesgo de desarrollo de psicosis en la población general, siendo incluso más discriminativa la segunda (10). Esta misma escala ha sido empleada en estudios de cohortes en los que el seguimiento longitudinal ha mostrado que puntuaciones generales elevadas a los 5 y 14 años de edad (y en concreto problemas de pensamiento, atención y sociales) se asociaba con diagnóstico de psicosis no afectiva a los 21 años, sobre todo en varones (11)(12).

Además, estudios genéticos que evalúan la predisposición para padecer ciertas enfermedades, mediante el cálculo del riesgo poligénico, han encontrado una asociación positiva fuerte entre el riesgo genético para sufrir esquizofrenia y puntuaciones elevadas en la subescala “problemas de pensamiento” de la CBCL a los 10 años de edad (13).

En la investigación en esquizofrenia está cobrando especial interés el concepto de endofenotipo. Diferentes déficits neuropsicológicos, entre ellos la disfunción ejecutiva, se han postulado como endofenotipos de la esquizofrenia, presentes en familiares no afectados (14), entre ellos la memoria de trabajo (15). De forma similar, una alteración en el lenguaje pragmático se ha planteado como un endofenotipo neurolingüístico (16).

Nuestra hipótesis es que podemos identificar un subgrupo de niños y adolescentes con más sintomatología en la esfera “problemas de pensamiento” entre los pacientes que consultan en psiquiatría infantil por trastornos del neurodesarrollo y que presentan antecedentes familiares de esquizofrenia y que este subgrupo tendrá mayor disfunción ejecutiva y afectación del lenguaje pragmático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión y exclusión

El diseño del estudio es observacional descriptivo transversal. Se ofrece participar a pacientes con edades comprendidas entre los 6 y 16 años que acuden a consulta a una USMIJ y que cumplan dos premisas: Diagnóstico de un trastorno del neurodesarrollo (según criterios DSM-5 que incluye TDAH, trastornos de la comunicación, trastornos del aprendizaje, trastornos motores o trastorno del espectro autista) y antecedentes familiares (primer o segundo grado) de diagnóstico en el espectro de la esquizofrenia. El diagnóstico de los pacientes es clínico y se realiza según criterios DSM-5 por el psiquiatra de referencia. Todos los pacientes presentan un CGAS (Child Global Assessment of Functioning) (17) menor de 70. El diagnóstico del familiar afecto es el referido verbalmente por la familia.

Se excluyen pacientes con Capacidad Intelectual Total (CIT) menor de 70, diagnóstico de psicosis o estado prodrómico, enfermedad neurológica o antecedente de TCE moderado-severo.

Procedimiento

Los padres o cuidadores principales de los pacientes firman el consentimiento informado aprobado por el comité de bioética del hospital y completan tres escalas de valoración de síntomas en sus hijos: escala CBCL de Achenbach (Children Behavior Checklist), CCC (Childrens Communication Checklist) y BRIEF-2 (evaluación conductual de la función ejecutiva). Las escalas fueron completadas por uno o ambos padres (o cuidador principal) en el hospital en presencia de estudiantes de sexto curso del grado de medicina para resolver posibles dudas. En ninguno de los casos los padres afectados de esquizofrenia completaron las escalas. Los menores de edad fueron informados del estudio y los menores maduros proporcionaron asentimiento.

Instrumentos empleados

Escala CBCL (Child Behavior Checklist) de ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (9): Se trata de una escala completada por el cuidador principal que evalúa un amplio rango de problemas conductuales y emocionales que pueden estar presentes en la infancia. Cada ítem se puntúa como 0 (no), 1 (a veces), 2 (muy a menudo). Se obtiene una puntuación global, dos grandes grupos (problemas internalizantes y problemas externalizantes) así como subescalas más específicas (problemas del pensamiento, problemas de atención, quejas somáticas...). Los baremos para la población española han sido publicados por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (18) para las edades en que se emplea esta escala (6-17 años).

Escala CCC (Children's Communication Checklist) desarrollada por Bishop (19) evalúa el uso pragmático del lenguaje y la comunicación social paralingüística que ha sido adaptada al español y validada por Crespo-Eguílaz (20) en población de niños de 4 a 12 años. Se trata de un cuestionario completado por los padres que consta de 55 preguntas con tres posibles respuestas ("no", "a veces", "sí" que puntúan como 0, 1 ó 2). Mayor puntuación implica más dificultad. Los aspectos pragmáticos evaluados incluyen las habilidades conversacionales, la coherencia y comprensión, compenetración, comunicación no verbal y pertinencia. Además, evalúa las relaciones sociales y el rango de intereses.

Escala BRIEF-2 Familia (Evaluación conductual de la función ejecutiva) editada por TEA es la prueba de referencia para la evaluación por parte de padres en población de 5 a 18 años. Se obtienen distintos índices (índice global de función ejecutiva, índice de regulación conductual, índice de regulación cognitiva e índice de regulación emocional), cada uno formado por varias escalas (inhibición, supervisión de sí mismo, flexibilidad, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, supervisión de la tarea y organización de materiales). Puntuaciones iguales o menores a 60 son indicativas de falta de significación clínica, se considera una

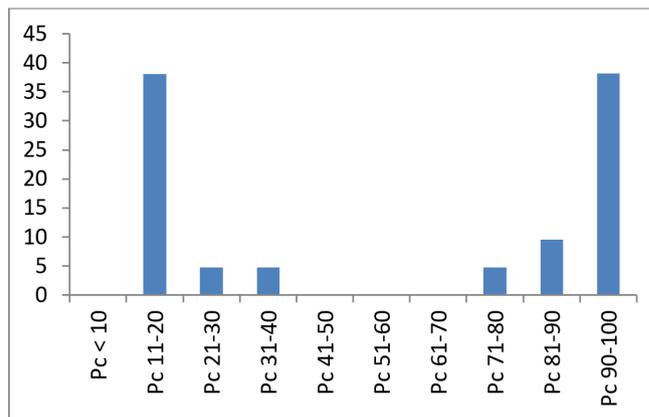
elevación leve valores entre 60 y 64, una elevación potencialmente clínica aquellos entre 65 y 70 y una elevación clínicamente significativa por encima de 70.

Análisis estadístico

La muestra se distribuye en dos grupos, según puntuación por encima o debajo del Pc70 en la subescala "problemas de pensamiento" de la CBCL. Este punto de corte se establece al observar la distribución bimodal (Gráfica 1). Las puntuaciones que se consideran clínicamente relevantes son aquellas por encima del Pc 90. No obstante, nuestro interés es definir los sujetos que presentan algunos síntomas en esta subescala, aunque sean subumbrales. Mediante prueba U de Mann-Whitney de comparación de medianas de muestras independientes se comparan ambos grupos para determinar si existen diferencias en puntuaciones de la escala CCC y BRIEF-2 Familia. Se establece un nivel de significación de $p=0,05$.

RESULTADOS

La muestra está formada por 21 niños y adolescentes (16 niños; 5 niñas) con edad media de 11,4 años (rango 7-16). El diagnóstico principal más frecuente es TDAH (66,7%), seguido de trastorno de aprendizaje (9,5%) y TEA (9,5%). Otros diagnósticos son trastorno de la comunicación social, trastorno



Gráfica 1. Distribución de puntuaciones (en percentiles) de la subescala "problemas de pensamiento" de la CBCL (un percentil mayor significa mayor afectación sintomática). En el eje Y se muestra el porcentaje de sujetos en cada grupo

negativista-desafiante, trastorno de conducta, TOC o trastorno por acumulación. Once sujetos reciben dos o más diagnósticos.

Respecto a los antecedentes familiares, tres casos refieren tener un antecedente familiar de primer grado, dieciséis casos al menos un antecedente familiar de segundo grado y dos niños cuentan con antecedentes de primer y segundo grado.

Se dispone de una medida de capacidad intelectual en 15 de los sujetos, evaluada mediante WISC-IV-R o WISC-V. La media del CI total en estos casos es 92 (rango 76-119).

Se obtienen percentiles de las puntuaciones resultantes en las subescalas CBCL según los baremos españoles por edad y sexo determinados por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico Infantil de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (18).

Los valores de la subescala de CBCL “problemas de pensamiento” muestran una distribución bimodal (Gráfica 1) discriminando dos grupos, uno con percentiles bajos, inferiores al Pc40 (n=10) y otro con percentiles elevados, superiores al Pc70 (n=11). Al primero lo denominaremos “sin problemas de pensamiento” y al segundo “con problemas de pensamiento”. Existe correlación entre las subescalas “problemas de pensamiento” y “retraimiento-depresión” (Rho de Spearman $r=0,68$, $p=0,01$) de modo que todos los sujetos del grupo “con problemas

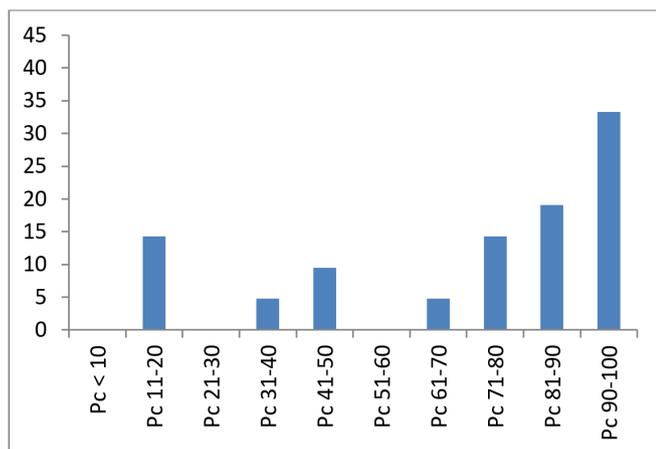
de pensamiento”, también están por encima del Pc65 en la subescala “retraimiento-depresión” (Gráfica 2).

Ambos grupos son comparables en edad, pero en el grupo “con problemas de pensamiento” están más representadas las niñas (4 niñas y 7 niños). En la Tabla 1 se muestran las características de ambos grupos. Existen algunas diferencias en diagnósticos principales, apareciendo en el grupo “con problemas de pensamiento” dos pacientes con diagnóstico de TEA. Un mayor porcentaje de sujetos en este grupo presenta dos o más diagnósticos y el trastorno de acumulación sólo aparece en este grupo (n=2). En relación al grado de parentesco del familiar afecto, la distribución es similar. Se aprecian diferencias en el CIT.

En las tablas 2 y 3 se presentan los resultados obtenidos tras prueba U de Mann-Whitney de comparación de medianas de muestras independientes para evaluar diferencias en la pragmática del lenguaje y función ejecutiva entre los dos grupos.

Respecto a la escala CCC (Tabla 2), el grupo “con problemas de pensamiento” presenta mayores dificultades en la pragmática del lenguaje ($p=0,013$), en concreto en coherencia y comprensión, comunicación no verbal y pertinencia. Este grupo también presenta más dificultades en las relaciones sociales e incluso

Tabla 1. Características de los grupos con/sin “problemas de pensamiento” (establecidos según $Pc \geq 70$ o $Pc < 70$ de la CBCL)



Gráfica 2. Distribución de puntuaciones (en percentiles) de la subescala “retraimiento-depresión” de la CBCL (un percentil mayor significa mayor afectación sintomática). En el eje Y se muestra el porcentaje de sujetos en cada grupo

	CBCL PROBLEMAS PENSAMIENTO	
	Pc < 70 (n=10)	Pc ≥ 70 (n=11)
Edad Media (DE)	12,1 (2,6)	10,82 (2,4)
Sexo (varones:mujeres)	9:1	7:4
Diagnóstico principal (n)	7	7
-TDAH	-	2
-TEA	1	1
-Tr. aprendizaje	2	1
-Otros		
Antecedentes familiares (n)	2	1
-Primer grado	7	9
-Segundo grado	1	1
-Primer y segundo grado		
Número de diagnósticos	6	4
-Un diagnóstico	4	7
-Dos o más		
	(n=8)	(n=7)
CIT Media (DE)	88,8 (10,6)	97,43 (16,5)

10 presentan un rango de intereses más restringido, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Respecto a la escala BRIEF-2 Familia (Tabla 3), el grupo “con problemas de pensamiento” presenta peor función ejecutiva global ($p=0,014$) y en los tres índices, siendo las diferencias significativas en el índice de regulación emocional ($p=0,001$) y apareciendo una tendencia, aunque no significativa en el índice de regulación conductual ($p=0,057$).

DISCUSIÓN

En esta muestra de 21 niños y adolescentes que acuden a consulta de psiquiatría infantil y presentan al menos un trastorno del neurodesarrollo y un familiar de primer o segundo grado con trastorno psicótico en el espectro de la esquizofrenia encontramos dos grupos diferentes en relación a sus resultados en las

Tabla 2. Diferencias en escala CCC (Children’s Communication Checklist) entre los grupos con/sin “problemas de pensamiento” (establecidos según $Pc \geq 70$ o $Pc < 70$ de la CBCL). Prueba U de Mann-Whitney de comparación de medianas de muestras independientes

ESCALA CCC	CBCL PROBLEMAS PENSAMIENTO		z	p
	Pc<70 (n=10)	Pc≥70 (n=11)		
	Mediana	Mediana		
PRAGMÁTICA	12,50	25	-2,537	0,013
-Habilidades conversacionales	4,50	11	-0,636	0,525
-Coherencia y comprensión	2,50	7	-2,154	0,031
-Compenetración	2,50	6	-1,954	0,051
-Comunicación no verbal	2	5	-2,058	0,040
-Pertinencia	1	4	-2,210	0,027
RELACIÓN SOCIAL	2	7	-2,204	0,028
RANGO DE INTERESES	1,5	5	-1,968	0,049

Tabla 3. Diferencias en escala BRIEF-2 (evaluación conductual de la función ejecutiva) para grupos con/sin “problemas de pensamiento” (establecidos según $Pc \geq 70$ o $Pc < 70$ de la CBCL). Prueba U de Mann-Whitney de comparación de medianas de muestras independientes.

ESCALA BRIEF-2 (PADRES)	CBCL PROBLEMAS PENSAMIENTO		z	p
	Pc<70 (n=10)	Pc≥70 (n=11)		
	Mediana	Mediana		
ÍNDICE DE REGULACIÓN CONDUCTUAL	51	58	-1,905	0,057
-Inhibición	54	61	-1,307	0,191
-Supervisión de sí mismo	46	63	-2,188	0,029
ÍNDICE DE REGULACIÓN EMOCIONAL	46,5	72	-3,206	0,001
-Flexibilidad	46	74	-3,213	0,001
-Control emocional	46,5	63	-2,470	0,014
ÍNDICE DE REGULACIÓN COGNITIVA	56,5	69	-1,518	0,129
-Iniciativa	45	65	-2,052	0,040
-Memoria de trabajo	58	70	-1,974	0,048
-Planificación y organización	56,5	69	-1,727	0,084
-Supervisión de la tarea	56	62	-0,424	0,672
-Organización de materiales	55	61	-0,176	0,860
ÍNDICE GLOBAL DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA	55	70	-2,467	0,014

subescalas de la CBCL “problemas de pensamiento” y “retraimiento-depresión”. Once sujetos muestran elevación en ambas escalas indicando afectación sintomática y diez sujetos muestran resultados bajos indicando falta de afectación. El grupo “con problemas de pensamiento” presenta un funcionamiento a nivel de la pragmática del lenguaje, las relaciones sociales y la función ejecutiva muy inferior al del grupo “sin problemas de pensamiento”. En ambos grupos no existen diferencias respecto a si los antecedentes familiares son de primer o segundo grado.

La muestra explorada queda dividida, según las subescalas de la CBCL “problemas de pensamiento” y “retraimiento-depresión”, en dos grupos diferenciados. Simeonova (10) ha descrito elevación en estas subescalas en adolescentes con alto riesgo de psicosis por cumplir criterios de trastorno de personalidad esquizotípico (DSM-IV) o de síntomas positivos atenuados (según la Scale Of Prodromal Symptoms, SOPS). Estiman que estas subescalas de la CBCL pueden ser valiosas como posibles predictoras de riesgo de psicosis, siendo incluso más discriminativa la de “problemas de pensamiento”. En la subescala “aislamiento-depresión” se evalúan conductas que reflejan síntomas afectivos y la subescala “problemas de pensamiento” incluye conductas sugerentes del espectro TOC y pensamiento o conducta extraña, entre otros (ver [tabla 4](#)). Esto induce a pensar que la primera escala guarde relación con síntomas negativos y la segunda con positivos. No obstante, la autora sugiere que parece necesario examinar los ítems concretos que aparecen elevados en ambas subescalas para una mejor comprensión de las áreas de funcionamiento problemático que puedan ser predictores significativos y objeto de abordaje clínico. Welham (12) en un estudio de cohortes describió qué subescalas de la CBCL completadas por padres a los 5 años junto a la Youth Self Report (análoga a CBCL pero completada por adolescentes) a los 14 años se relacionaban con resultado positivo en el screening de psicosis a los 21 años, encontrando problemas sociales, de atención y pensamiento, pero solo en los varones. También se ha encontrado una asociación positiva clara entre puntuaciones elevadas en la subescala “problemas de pensamiento” a los 10 años y la puntuación de

riesgo poligénico para padecer esquizofrenia (13). Las puntuaciones de riesgo poligénico derivan de estudios de asociación del genoma completo y consiguen cuantificar en una sola medida la influencia de muchos alelos comunes de poco efecto, siendo por tanto biomarcadores potencialmente potentes para predecir el riesgo de desarrollar una enfermedad. Por tanto, se ha encontrado asociación entre el riesgo genético para padecer psicosis y la sintomatología clínica evaluada mediante esta subescala en niños de 10 años de edad. En resumen, parece que la sintomatología clínica evaluada mediante estas subescalas en la infancia y adolescencia, principalmente la de “problemas de pensamiento” podría estar indicando una vulnerabilidad para ser diagnosticado de psicosis más adelante en la vida, discriminando así una población con mayor riesgo. Convendría además examinar la distribución de las puntuaciones por ítems de la escala “problemas del pensamiento” en esta población, pues esta subescala evalúa síntomas muy diversos.

El grupo “con problemas de pensamiento” presenta un funcionamiento a nivel de la pragmática del lenguaje y las relaciones sociales según la escala CCC muy inferior. Es necesario señalar que en este grupo están incluidos dos sujetos con diagnóstico de TEA lo que puede influir directamente en los resultados al tratarse de una muestra pequeña y que la escala CCC está validada para población de 4 a 12 años y algunos sujetos de nuestra muestra son mayores, con lo que los resultados deben ser tomados con cautela. Un hallazgo frecuentemente replicado en la literatura es el aislamiento social premórbido presente en infancia y adolescencia de pacientes que desarrollan esquizofrenia en la edad adulta (4). Respecto a la pragmática, se ha detectado afectación en familiares adultos de pacientes, lo que se interpreta como un marcador de vulnerabilidad para esquizofrenia (21)(16). Se ha planteado que la disfunción en algunos aspectos de la pragmática del lenguaje podría ser un posible endofenotipo neurolingüístico para la esquizofrenia que convendría estudiar en combinación con pruebas neurobiológicas (16). En relación a la infancia, Christiani (22) encuentra afectación del lenguaje receptivo, pragmático y del funcionamiento social adaptativo

12 **Tabla 4.** Lista de ítems individuales que incluyen las escalas Retraimiento-Depresión y Problemas de pensamiento.

Escala CBCL Retraimiento-Depresión
5. Hay muy pocas cosas que le hacen disfrutar
42. Prefiere estar solo(a)
65. Se niega a hablar
69. Muy reservado(a); se calla todo
75. Muy tímido(a)
102. Poco activo(a), lento(a) o le falta energía
103. Infeliz, triste o deprimido(a)
111. Se aísla, no se relaciona con los demás
Escala CBCL Problemas de pensamiento
9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos; está obsesionado(a)
18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse
40. Oye sonidos o voces que no existen
46. Movimientos nerviosos o tics
58. Se mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo
59. Juega con sus órganos sexuales en público
60. Juega demasiado con sus órganos sexuales
66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones
70. Ve cosas que no existen
76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes
83. Almacena cosas que no necesita
84. Comportamiento raro
85. Ideas raras
92. Habla o camina cuando está dormido(a)
100. No duerme bien

en hijos de pacientes con esquizofrenia a los 7 años de edad. Mientras que Sullivan (23) describe que un lenguaje pragmático más pobre según la CCC a los 9 años de edad se asocia con experiencias psicóticas a los 12 y 18 años, no existiendo tal relación con el nivel de lenguaje expresivo. Aunque en este examen del lenguaje no todos los estudios son tan concluyentes (24)(25). Respecto a hallazgos neurobiológicos, Clark (26) emplea DTI (Diffusion Tensor Imaging) en una muestra pequeña de niños y adolescentes con diagnóstico de esquizofrenia de inicio en la infancia. Aquellos con mayor afectación del lenguaje presentan

más alteraciones en las medidas de conectividad cerebral. En pacientes adultos con esquizofrenia, las dificultades en la comunicación pragmática se consideran relevantes en relación a los déficits que presentan los pacientes (27)(28), correlacionan con la percepción de la calidad de vida y pueden ser objeto de intervención en programas de rehabilitación (27). Desde el punto de vista de la prevención, las intervenciones dirigidas a ayudar a los niños a mejorar sus habilidades en lenguaje pragmático podrían reducir la incidencia de psicopatología en la adolescencia y otros trastornos que puedan aparecer más adelante. Existe evidencia de que estas intervenciones producen mejoría en casos de TEA (29) y TDAH (30).

El grupo “con problemas de pensamiento” también presenta peor función ejecutiva. Todos sus valores están en el rango de *elevación*, siendo *clínicamente significativas* la Flexibilidad y Memoria de trabajo. También aparecen con elevación potencialmente clínica la Iniciativa y Planificación y organización. En el grupo “sin problemas de pensamiento” todos los valores se encuentran por debajo de 60, es decir, *sin significación clínica*. El constructo función ejecutiva es amplio y complejo y muchos estudios toman únicamente un aspecto o emplean una única prueba para determinar una medida global. Por ello resulta difícil la comparación con estudios previos. En general los trastornos del neurodesarrollo cursan con alteración en estas funciones. En estudios de familiares adultos no afectados se encuentra un peor rendimiento ejecutivo, motivo por el que se ha sugerido como potencial endofenotipo cognitivo (31). Aydin (14) considera el rendimiento en el Trail Making Test como el rasgo endofenotípico más potente, prueba que precisamente mide flexibilidad cognitiva, donde nuestro estudio encuentra una diferencia más marcada. Existen menos datos en relación a función ejecutiva en poblaciones de riesgo durante la infancia y adolescencia. Dickson (32) ha descrito déficits en inhibición e inhibición/cambio en niños considerados de mayor riesgo. También encuentran dificultades en memoria de trabajo verbal que es evidente pronto, entre los 9-12 años. Señalan que el déficit en la memoria de trabajo verbal se considera un marcador de riesgo universal para esquizofrenia que además se ha relacionado con la presencia de trastorno formal

del pensamiento en pacientes con otros diagnósticos como TEA (33). También en el estudio BASYS (34) (15) estudian el rendimiento neuropsicológico, incluyendo la función ejecutiva, en niños con alto riesgo genético, hijos de pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar en comparación a controles. En este grupo, De la Serna (34) encuentra diferencias en memoria de trabajo específicamente en los hijos de pacientes con esquizofrenia aunque el rendimiento fue similar en otras dos pruebas de función ejecutiva aplicadas (WCST y STROOP). Sánchez Gutiérrez (15) también describe peor memoria de trabajo independientemente de los antecedentes personales psiquiátricos y la considera como una de las variables que predice riesgo de psicopatología grave. Dado que la función ejecutiva es un constructo amplio que incluye habilidades muy diferentes, Dickson (32) subraya la importancia de administrar diferentes pruebas para determinar cuáles son las alteraciones específicas. Uno de los factores significativos de recuperación sintomática y funcional tras un episodio de psicosis, además del ajuste premórbido, es la función ejecutiva (35). Por ello parece razonable detectar y tratar estos déficits en niños con trastornos del neurodesarrollo y riesgo familiar. Se ha demostrado que en niños con TDAH existe mejora en la función ejecutiva tras programas de entrenamiento específicos (36).

Este pequeño estudio tiene varias limitaciones. La primera es la pequeña muestra, la falta de CI de la muestra completa y la falta de entrevista estructurada para determinar los diagnósticos. Además, la información aportada es la referida por los padres, no se han realizado evaluaciones directas al niño para combinar los datos obtenidos de ambas fuentes, tanto en medidas clínicas (empleando la Youth Self Report-YSR-, análogo a la CBCL para adolescentes) como en medidas directas de la función ejecutiva y de la pragmática del lenguaje.

No obstante, en esta muestra hemos encontrado y descrito un grupo claramente diferenciado dentro de los niños que consultan en salud mental con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia. Este subgrupo, independientemente del diagnóstico clínico inicial, queda definido por una sintomatología con más aislamiento-depresión y problemas de pensamiento, claras dificultades

sociales, en la pragmática del lenguaje y la función ejecutiva, en concreto en flexibilidad, memoria de trabajo, planificación y organización e iniciativa.

Las intervenciones en la fase prodrómica de la esquizofrenia, cuando ya existen síntomas psicóticos atenuados, han mostrado ser eficaces. No obstante, esta etapa es considerada por algunos incluso un estadio tardío en el desarrollo del trastorno psicótico (37). Se ha sugerido que intervenciones antes de la adolescencia podrían alterar el curso hacia la esquizofrenia. A nivel psicosocial o incluso farmacológico, tratamientos dirigidos al estrés oxidativo (sulforafano, omega 3, NAC) han sido propuestos, postulándose que pueden actuar en periodos críticos del neurodesarrollo (38).

CONCLUSIONES

Dada la relevancia de la detección precoz, para poder desarrollar medidas preventivas debería considerarse realizar una exploración psicopatológica dimensional (mediante escalas como la CBCL) y neuropsicológica más exhaustiva en niños con trastornos del neurodesarrollo y antecedentes familiares de esquizofrenia, que junto al seguimiento longitudinal pueda aportarnos en el futuro perfiles de riesgo de desarrollo de psicosis en la denominada etapa premórbida de la esquizofrenia.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del presente artículo no presentan conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Meyer-Lindenberg A. Studying Developmental Psychopathology Related to Psychotic Disorders - Challenges and Paradigms in Human Studies. *Schizophr Bull.* 2017;43(6):1169–1171. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx129>
2. Carpenter WT, Strauss JS. Developmental Interactive Framework for Psychotic Disorders. *Schizophr Bull.* 2017;43(6):1143–1144. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx123>
3. Murray RM, Bhavsar V, Tripoli G, Howes O. 30 Years on: How the Neurodevelopmental

14

- Hypothesis of Schizophrenia Morphed into the Developmental Risk Factor Model of Psychosis. *Schizophr Bull.* 2017;43(6):1190–1196. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx121>
4. Parellada M, Gomez-Vallejo S, Burdeus M, Arango C. Developmental Differences between Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Schizophr Bull.* 2017;43(6):1176–1189. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx126>
 5. Rodríguez Sacristán J (ed. . Psicopatología del niño y del adolescente. Tomo 2. 2a Edición. Rodríguez-Sacristán J, editor. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones; 1998. 1027 p. ISBN: 84-472-0277-1
 6. Zwicker A, MacKenzie LE, Drobinin V, Howes Vallis E, Patterson VC, Stephens M, et al. Basic symptoms in offspring of parents with mood and psychotic disorders. *BJPsych Open.* 2019;5(4):1–7. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.40>
 7. Díaz-Caneja CM, Morón-Nozaleda MG, Vicente-Moreno RP, Rodríguez-Toscano E, Pina-Camacho L, de la Serna E, et al. Temperament in child and adolescent offspring of patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018;27(11):1459–1471. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1135-y>
 8. Thompson E, Kline E, Reeves G, Pitts SC, Schiffman J. Identifying youth at risk for psychosis using the Behavior Assessment System for Children, Second Edition. *Schizophr Res.* 2013;151(1–3):238–244. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.022>
 9. Achenbach TM, Ruffle TM. The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev.* 2000;21(8):265–271. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-265>
 10. Simeonova DI, Nguyen T, Walker EF. Psychosis risk screening in clinical high-risk adolescents: A longitudinal investigation using the Child Behavior Checklist. *Schizophr Res.* 2014 Oct ;159(1):7–13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25171857>
 11. Scott J, Martin G, Welham J, Bor W, Najman J, O’Callaghan M, et al. Psychopathology during childhood and adolescence predicts delusional-like experiences in adults: A 21-year birth cohort study. *Am J Psychiatry.* 2009;166(5):567–574. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08081182>
 12. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O’Callaghan M, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: a 21-year birth cohort study. *Psychol Med.* 2009 Apr 8;39(4):625–634. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18606046>
 13. Jansen PR, Polderman TJC, Bolhuis K, van der Ende J, Jaddoe VWV, Verhulst FC, et al. Polygenic scores for schizophrenia and educational attainment are associated with behavioural problems in early childhood in the general population. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018;59(1):39–47. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12759>
 14. Aydın E, Cansu Ülgen M, Tabo A, Devrim Balaban Ö, Ye-ilyurt S, Yumrukçal H. Executive function and genetic loading in nonpsychotic relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry Res.* 2017;248:105–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.027>
 15. Gutiérrez TS, Toscano ER, Llorente C, De E, Moreno C, Sugranyes G, et al. Neuropsychological, clinical and environmental predictors of severe mental disorders in offspring of patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2019;(0123456789). <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01044-7>
 16. Pawełczyk A, Łojek E, Żurner N, Gawłowska-Sawosz M, Pawełczyk T. Higher-order language dysfunctions as a possible neurolinguistic endophenotype for schizophrenia: Evidence from patients and their unaffected first degree relatives. *Psychiatry Res.* 2018;267:63–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.070>
 17. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A Children’s Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry.* 1983 Nov 1 ;40(11):1228. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6639293>
 18. Baremos para CBCL 6-18(2001). Unitat d’Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del desenvolupament [Internet]. 2013. Available from: www.ued.uab.es
 19. Bishop DVM. Development of the Children’s Communication Checklist (CCC): A method for

- assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 1998;39(6):879–891. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9758196>
20. Crespo-Eguílaz N, Magallón S, Sánchez-Carpintero R, Narbona J. La adaptación al castellano de la Children's Communication Checklist permite detectar las dificultades en el uso pragmático del lenguaje y diferenciar subtipos clínicos. *Rev Neurol.* 2016;62(Supl 1):S49–57. <https://doi.org/10.33588/rn.62S01.2015526>
21. Mazza M, Di Michele V, Pollice R, Casacchia M, Roncone R. Pragmatic language and theory of mind deficits in people with schizophrenia and their relatives. *Psychopathology.* 2008;41(4):254–263. <https://doi.org/10.1159/000128324>
22. Christiani CJ, Jepsen JRM, Thorup A, Hemager N, Ellersgaard D, Spang KS, et al. Social Cognition, Language, and Social Behavior in 7-Year-Old Children at Familial High-Risk of Developing Schizophrenia or Bipolar Disorder: The Danish High Risk and Resilience Study VIA 7—A Population-Based Cohort Study. *Schizophr Bull.* 2019; <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz001>
23. Sullivan SA, Hollen L, Wren Y, Thompson AD, Lewis G, Zammit S. A longitudinal investigation of childhood communication ability and adolescent psychotic experiences in a community sample. Vol. 173, *Schizophrenia Research.* 2016. p. 54–61. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.005>
24. Solomon M, Olsen E, Niendam T, Ragland JD, Yoon J, Minzenberg M, et al. From lumping to splitting and back again: atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2011 Sep;131(1–3):146–151. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/>
25. Done DJ, Leinonen E. Pragmatic use of language by children who develop schizophrenia in adult life. *Schizophr Res.* 2013;147(1):181–186. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.03.005>
26. Clark K, Narr KL, O'Neill J, Levitt J, Siddarth P, Phillips O, et al. White matter integrity, language, and childhood onset schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012 Jul;138(2–3):150–156. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22405729>
27. Bosco FM, Berardinelli L, Parola A. The ability of patients with schizophrenia to comprehend and produce sincere, deceitful, and ironic communicative intentions: The role of theory of mind and executive functions. *Front Psychol.* 2019;10(May):1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00827>
28. Radanovic M, de Sousa RT, Valiengo LL, Gattaz WF, Forlenza OV. Alteração formal do pensamento e prejuízo da linguagem na esquizofrenia. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013;71(1):55–60. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2012005000015>
29. Parsons L, Cordier R, Munro N, Joosten A, Speyer R. A systematic review of pragmatic language interventions for children with autism spectrum disorder. *PLoS ONE.* 2017; 12: 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172242>
30. Wilkes-Gillan S, Munro N, Cordier R, Cantrill A, Pearce W. Pragmatic Language Outcomes of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder After Therapist- and Parent-Delivered Play-Based Interventions: Two One-Group Pretest-Posttest Studies With a Longitudinal Component. *Am J Occup Ther.* 2017 Jul 6;71(4):7104220030p1–10. <http://ajot.aota.org/>
31. Birkett P, Sigmundsson T, Sharma T, Touloupoulou T, Griffiths TD, Reveley A, et al. Executive function and genetic predisposition to schizophrenia - The Maudsley family study. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet.* 2008;147(3):285–293. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30594>
32. Dickson H, Cullen AE, Jones R, Reichenberg A, Roberts RE, Hodgins S, et al. Trajectories of cognitive development during adolescence among youth at-risk for schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018;59(11):1215–1224. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12912>
33. Ziermans T, Swaab H, Stockmann A, de Bruin E, van Rijn S. Formal thought disorder and executive functioning in children and adolescents with autism spectrum disorder: Old leads and new avenues. *J Autism Dev Disord.* 2017;47(6):1756–1768. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3104-6>

34. de la Serna E, Sugranyes G, Sanchez-Gistau V, Rodriguez-Toscano E, Baeza I, Vila M, et al. Neuropsychological characteristics of child and adolescent offspring of patients with schizophrenia or bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2017;183(2017):110–115. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.007>
35. Treen Calvo D, Giménez-Donoso S, Setién-Suero E, Toll Privat A, Crespo-Facorro B, Ayesa Arriola R. Targeting recovery in first episode psychosis: The importance of neurocognition and premorbid adjustment in a 3-year longitudinal study. *Schizophr Res.* 2018;195(2018):320–326. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.032>
36. Shuai L, Daley D, Wang YF, Zhang JS, Kong YT, Tan X, et al. Executive function training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Chin Med J (Engl).* 2017;130(5):549–558. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.200541>
37. Seidman LJ, Nordentoft M. New Targets for Prevention of Schizophrenia: Is It Time for Interventions in the Premorbid Phase? *Schizophr Bull.* 2015;41(4):795–800. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv050>
38. Do KQ, Cuenod M, Hensch TK. Targeting Oxidative Stress and Aberrant Critical Period Plasticity in the Developmental Trajectory to Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2015;41(4):835–846. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv065>

Esperanza Bausela Herreras

Departamento de Ciencias de la Salud, Área de Psicología Evolutiva y de la Educación
Campus de Arrosadía s/n, Universidad Pública de Navarra, 31006 Pamplona, España.
Correo electrónico: esperanza.bausela@unavarra.es
ORCID: [0000-0002-5961-1397](https://orcid.org/0000-0002-5961-1397)

BRIEF-P: Trastornos por Déficit de Atención Hiperactividad versus Trastorno del Espectro Autista

BRIEF-P: Attention Deficit Hyperactivity Disorders and Autism Spectrum Disorder

RESUMEN

Introducción: TDAH y TEA son dos trastornos del neurodesarrollo con entidades diagnósticas independientes, que comparten manifestaciones comunes a las que presentan personas con daño cerebral o disfunción en la corteza prefrontal, asociados a alteraciones en las funciones ejecutivas.

Objetivo: Analizar y comparar el perfil de funciones ejecutivas de niños con TDAH versus niños TEA evaluadas por la familia y la escuela.

Método: No experimental o ex post facto. Descriptivo. *Participantes.* 25 padres y 31 profesores evaluaron a 56 niños. *Instrumento de recogida de datos.* BRIEF-P evalúa las funciones ejecutivas en niños entre 2 años a 5 años y 11 meses en el contexto escolar y familiar por parte de informantes. *Análisis de datos.* Se compararon las puntuaciones obtenidas en los diferentes trastornos del neurodesarrollo en las escalas clínicas e índices, aplicando análisis no paramétrica: (i) Cuando los informantes son los padres en: escala clínica de Flexibilidad ($U=116.000$, $p=.023$) y en el índice de Flexibilidad ($U=111.500$, $p<.041$). (ii) Cuando los informantes son los profesores en: escala clínica de Flexibilidad ($U=201.000$, $p=.000$), en la escala clínica Control Emocional ($U=164.500$, $p<.039$) y en el índice de Flexibilidad ($U=190.500$, $p<.001$).

Conclusiones: Estimamos que BRIEF-P puede ser utilizado por padres y profesores en el proceso de evaluación del funcionamiento ejecutivo en niños con TDAH y TEA. Hay diferencias significativas entre

ambos trastornos del neurodesarrollo en flexibilidad (padres y profesores) y control emocional (sólo profesores).

Palabras clave: BRIEF-P, flexibilidad cognitiva, funciones ejecutivas, inhibición de respuestas automáticas, trastornos del neurodesarrollo.

ABSTRACT

Introduction: Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and autism spectrum disorder (ASD) are two neurodevelopmental disorders, with independent diagnostic features, which share common symptoms with patients suffering from brain damage or dysfunction of the prefrontal cortex, that are associated with alterations in executive functions.

Objective: To analyse and compare the profiles of executive functioning in children with ADHD versus children with ASD.

Method: Non-experimental or ex post facto design; descriptive study. *Participants.* 25 parents and 31 teachers evaluated 56 children. *Data collection instrument.* BRIEF-P evaluates the executive functions in children aged between 2 to 5 years and 11 months via parents, teachers or other regular caregivers of the child. BRIEF-P analyses the development (hetero-report format) of executive functions in the school and family contexts by means of informant's reports. *Analysis of data.* The scores obtained in the different clinical scales and indices were compared for type of neurodevelopmental disorder, by applying parametric

(student's t-test) and nonparametric methods. Results showed differences in: (i) clinical flexibility scale ($U = 116,000$, $p = .023$) and flexibility index ($U = 111,500$, $p < .041$) when the informants were the parents; and (ii) in clinical scale of Flexibility ($U = 201,000$, $p = .000$), clinical scale Emotional Control ($U = 164,500$, $p < .039$) and Flexibility index ($U = 190,500$, $p < .001$) when the informants were teachers.

Conclusions: We estimate that BRIEF-P can be used by parents and teachers in the process of evaluating executive functioning in children with ADHD and ASD, based on significant differences between both neurodevelopmental disorders, in flexibility (parents and teachers) and emotional control (only teachers).

Keywords: BRIEF-P, cognitive flexibility, executive functions, inhibition of automatic responses, neurodevelopmental disorder.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo tienen en común según Artigas (1) que: (i) Los síntomas son características normales presentes en cualquier individuo. (ii) Los límites con la normalidad son arbitrarios. (iii) No existen marcadores biológicos. (iv) La comorbilidad es la forma habitual de presentarse. (v) Los límites entre uno u otro pueden ser imperceptibles.

Karmiloff Smith (2) considera que la clave para entender los trastornos del neurodesarrollo está en el propio desarrollo, teniendo una especial relevancia el neuroconstructivismo. Para Karmiloff-Smith (3) tener en cuenta esta lógica resulta importante porque, desde la postura innatista, se emplea una argumentación idéntica para dar cuenta de las alteraciones del desarrollo. Así, el desarrollo alterado se explica como resultado de la presencia conjunta de un conjunto de módulos dañados y otros preservados. Desde este marco teórico, se plantea que, en alteraciones del desarrollo, algún defecto genético (conocido o no) daña los circuitos cerebrales asociados a funciones específicas. Puesto que, desde este marco, se entiende que los genes determinan de forma directa y específica las funciones cognitivas y sus correlatos neurales, y que el cerebro esta modulado desde el inicio de la

vida, se concibe que el hecho de que algún gen o combinación de genes presente una alteración tendrá como consecuencia el que sólo aquellas funciones predeterminadas por dicho material genético se encontraran dañadas, manteniéndose intactas, en cambio, las demás, que no estarían afectadas ni relacionadas con el déficit genético en cuestión.

El neuroconstructivismo según D'Souza y Karmiloff-Smith (4) se centra en el organismo en desarrollo y está ayudando a cambiar la forma en que se investigan los trastornos del neurodesarrollo. Mientras que los enfoques estáticos neuropsicológicos suponen que uno o más 'módulos' (por ejemplo, la capacidad visoespacial en el síndrome de Williams) están deteriorados mientras el resto del sistema se salva (p. Ej., Lenguaje en el síndrome de Williams), el neuroconstructivismo propone que los déficits de nivel básico tienen efectos en cascada sutiles en numerosos dominios sobre el desarrollo. El neuroconstructivismo lleva a los investigadores a adoptar la complejidad al establecer grandes consorcios de investigación para integrar los hallazgos en múltiples niveles (por ejemplo, genético, neural, cognitivo, ambiental) en todo el desarrollo.

El trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDAH) y el trastorno del espectro autista (TEA) son dos trastornos del neurodesarrollo con entidades diagnósticas independientes, pero que comparten dificultades en las funciones ejecutivas – siendo comunes y/o compartidas a las que presentan personas con daño cerebral o disfunción en la corteza prefrontal – y objeto del presente texto.

Trastorno por déficit de atención / hiperactividad

Es un trastorno con una predisposición genética importante. Es una de las características menos cuestionables sobre el TDAH, y sobre los trastornos del neurodesarrollo en general (5).

La evidencia sobre la heredabilidad del TDAH parte de fuentes diversas (6): (i) Los estudios de gemelos estiman que la heredabilidad del TDAH se sitúa entre el 70-80%. (ii) Estos datos concuerdan con los obtenidos en estudios en familias de niños con TDAH, donde se ha encontrado que los padres y hermanos acumulan un riesgo entre dos y ocho veces superior al de la población normal.

Otros estudios optan por explicar su origen recurriendo al modelo biopsicosocial de vulnerabilidad estrés (7).

Los estudios de neuroimagen funcional (ver resultados del metanálisis realizado por Cortese, Kelly, Chabernaud, Proal, Di Martino, Milham, et al (8) sugieren que, en el TDAH, hay problemas en los circuitos cerebrales reguladores donde están implicados los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina. Estas dificultades explican que el tratamiento convencional se centre en el uso de estimulantes y no estimulantes. Este tipo de fármacos permite que haya más cantidad disponible de dopamina y noradrenalina en las uniones sinápticas, pero no aumenta la cantidad total en el cerebro, sino que facilita su liberación y detiene su recaptación, facilitando la transmisión de los mensajes.

Las dificultades en las funciones ejecutivas en este trastorno del neurodesarrollo pueden ir vinculados a diferentes dimensiones ejecutivas: inhibición (9) (10), autorregulación (11), memoria de trabajo (12) y flexibilidad cognitiva (13).

Así, Barkley (14) analiza cómo impacta la inhibición conductual en otros procesos: memoria de trabajo no verbal, memoria de trabajo verbal, planificación y autorregulación de emociones,

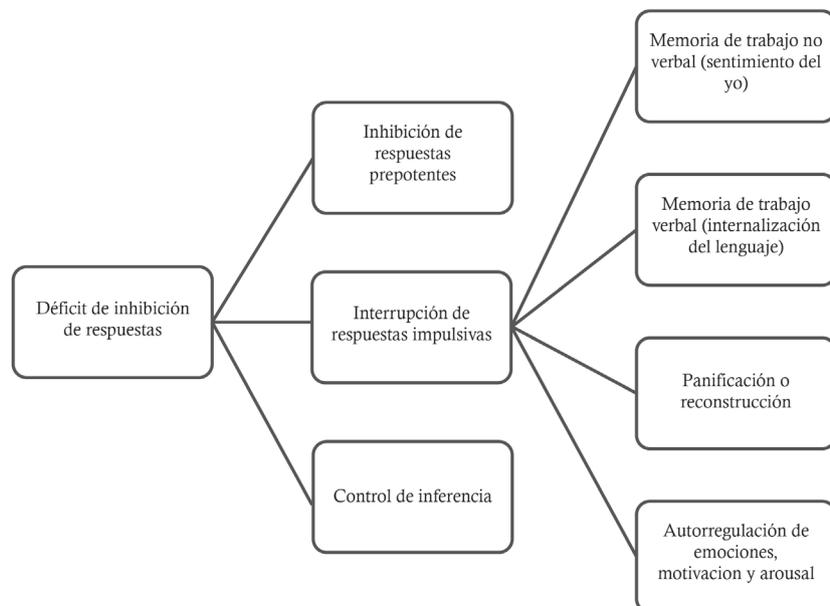
motivación y arousal (Gráfica 1). Este modelo ha sido desarrollado y validado para evaluar las funciones ejecutivas (15) (Gráfica 1).

Son diversas las evidencias empíricas sobre qué dimensiones ejecutivas presentan afectadas de forma significativa las personas que presentan TDAH (16). Algunos de estos estudios los hemos sintetizado en la Tabla 1. Estas investigaciones no son concluyentes identificando una única dimensión ejecutiva afectada. Sí se puede constatar en estos estudios que ocho de los diecisiete estudios analizados coinciden en señalar déficits en la memoria de trabajo como dimensión ejecutiva principalmente afectada (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23).

Trastorno del espectro autista

Respecto a las personas con trastorno del espectro autista, Russell en su obra *El autismo como trastorno de la función ejecutiva* (33), ya consideraba la neurobiología del autismo con características muy semejantes a las de la neurobiología del funcionamiento ejecutivo.

Una parte de los síntomas del trastorno del espectro autista pueden ser explicados por un fallo en la eficiencia de ciertas habilidades vinculadas al sistema ejecutivo (34), entre ellos: autocontrol de la



Gráfica 1. Modelo de Barkley (14).

Tabla 1. Déficit ejecutivos en personas con TDAH (elaboración propia).

Estudio	Transtorno del neurodesarrollo	Déficit ejecutivos
Abad, Ruiz, Moreno, Herrero, Suay (6)	TDAH	Atención y control inhibitorio
Berenguer, Roselló, Baixauli, et al. (24)	TDAH	Funciones Ejecutivas (constructo unitario) ¹
Colbert, Bo (18)	TDAH	Memoria de trabajo
Colomer, Miranda, Herdoiza, et al (19)	TDAH	Memoria de trabajo e inhibición
Craig, Margari, Legrottaglie, et al (20)	TDAH TEA TDAH+TEA	Atención, memoria de trabajo y fluidez
García, Rodríguez, González, et al (21)	TDAH Dificultades de aprendizaje de la lectura	Memoria de trabajo y planificación
Holmes, Adams (22)	TDAH	Memoria de trabajo
Huang, Sun, Qian, et al (25)	TDAH Dificultades de aprendizaje (sin especificar)	Inhibición y en flexibilidad
Iglesias, Deaño, Alfonso, et al (26)	TDAH Dificultades de aprendizaje de las matemáticas	Planificación y atención
Rapport, Bolden, Kofler, et al (27)	TDAH	Memoria de trabajo
Rebollo y Montiel (26)	TDAH	Procesos atencionales
Servera (28)	TDAH	Autorregulación
Shuai, Daley, Wang, et al (30)	TDAH	Funciones Ejecutivas (constructo unitario)
Skogan, Zeiner, Egeland, et al (23)	TDAH	Inhibición y memoria de trabajo
Soriano, Félix, Begeny (31)	TDAH	Funciones Ejecutivas (constructo unitario)
Ygual, Roselló y Miranda (32)	TDAH	Funciones Ejecutivas (constructo unitario)

Nota: 1. Funciones ejecutivas (constructo unitario): Modelos de constructo unitario, proponen un constructo cognitivo unitario (“memoria de trabajo”, “inteligencia fluida” o “factor g” para explicar los lóbulos frontales).

acción y del pensamiento, planificación, inhibición cognitiva, memoria de trabajo, monitorización de la acción y flexibilidad cognitiva.

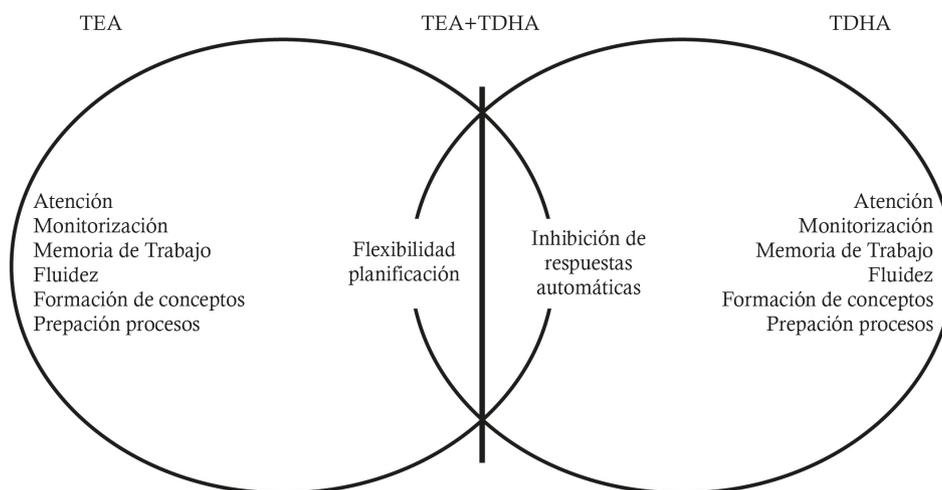
Se puede considerar la existencia de un vínculo entre las conductas repetitivas y los déficit en tareas de generación e inhibición de respuestas automáticas con los déficit ejecutivos. En la [Tabla 2](#), se revisan de forma no sistemática diferentes estudios que apuntan hacia un déficit en la dimensión de flexibilidad en personas con Trastornos del Espectro Autista ([34](#)) ([35](#)) ([36](#)) ([37](#)) ([38](#)) ([39](#)) ([40](#)) ([41](#)).

Craig, Margari, Legrottaglie, Palumbi, de Giambattista, Margari (20) analizan los déficit ejecutivos de personas con TEA con comorbilidad TDAH. Así, se obtiene que presentan déficit no sólo en flexibilidad sino también en planificación de forma

análoga a las personas con TEA y comparten déficit de inhibición de las respuestas automáticas con las personas con TDAH sin comorbilidad. Los déficit en memoria de trabajo, fluidez y configuración de conceptos no son déficit discriminativos de los tres grupos estudiados: TEA, TDAH o TEA con comorbilidad TDAH. La co-ocurrencia común de déficit de función ejecutiva puede reflejar una comorbilidad aditiva, en lugar de una condición separada en estos dos trastornos del neurodesarrollo. Los resultados de este estudio se sintetizan en la [Gráfica 2](#), quedando de manifiesto que las dificultades en flexibilidad y planificación se asocian a TEA, mientras que los déficit en inhibición de respuestas automáticas a TDAH.

Tabla 2. Déficiets ejecutivos en personas con TEA (elaboración propia).

Estudio	Transtorno del neurodesarrollo	Déficiets ejecutivos
Blijd-Hoogewys, Bezemer, van Geert (35)	TEA	Flexibilidad
Brady, Schwean, Saklofske, et al (36)	TEA (Asperger's síndrome)	Flexibilidad conceptual
Campbell, Russo, Landry, et al (37)	TEA (no verbal)	Flexibilidad
Chen, Chien, Wu, et al (38)	TEA	Memoria de trabajo y planificación en jóvenes (13-18 años) Flexibilidad en niños (8-12 años)
Etchepareborda (34)	TEA	Flexibilidad en niños (8-12 años)
Hüpen, Groen, Gaastra, et al (42)	TEA	Automonitorización del aprendizaje
Kloosterman, Kelley, Parker, et al (43)	TEA	Control emocional
Landry, Al-Taie (39)	TEA	Rigidez (no flexibilidad)
Martos, Paula (40)	TEA	Planificación, de flexibilidad mental y cognitiva, generatividad e inhibición de respuesta
Pellicano, Kenny, Brede, et al (44)	TEA	Inhibición y memoria de trabajo
Talero, Echeverria, Ma., et al (45)	TEA	Funciones Ejecutivas (constructo unitario)
Van Eylen, Boets, Cosemans, Peeters, et al. (41)	TEA	Flexibilidad, fluidez e inhibición de respuestas automáticas
Vanegas, Davidson (46)	TEA	Funciones Ejecutivas (constructo unitario)
Wu, White, Rees, et al (47)	TEA	Repetición, rigidez
Yi, Fan, Joseph, et al (48)	TEA	Memoria prospectiva



Gráfica 2. Semejanzas y diferencias en el funcionamiento ejecutivo entre TEA, TDAH y TEA + TDAH (20)

PRESENTE ESTUDIO

Ofrecer una visión de los hallazgos actuales sobre el funcionamiento ejecutivo en niños con diferentes trastornos del neurodesarrollo: trastornos por déficit de atención / hiperactividad y trastornos del espectro autista, que son evaluados por sus padres o profesores en los primeros momentos del ciclo vital.

OBJETIVO E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Analizar y comparar el perfil de funciones ejecutivas de niños con distintos trastornos del neurodesarrollo: TDAH y TEA que son evaluados por sus padres o profesores

Hipotetizamos que las personas con TEA presentan déficits asociados con la escala clínica de Planificación y escala clínica e índice de Flexibilidad; mientras que los niños con TDAH presentarán déficits asociados a la escala clínica de Inhibición y al índice de Autocontrol Inhibitorio.

- *Hipótesis nula*: No existen diferencias estadísticamente significativas en las funciones ejecutivas (FE) entre los diferentes trastornos del neurodesarrollo evaluados por padres o profesores.
- *Hipótesis alternativa*: Existen diferencias estadísticamente significativas en las FE entre los tres grupos de trastornos del neurodesarrollo evaluados por padres o profesores.

MATERIAL Y MÉTODO

Metodología no experimental, descriptiva.

Participantes

25 padres y 31 profesores evaluaron a 56 niños que son los participantes (muestra subclínica) en el proceso de adaptación y validación de BRIEF-P (49) en español, en coautoría con Luque y la firmante del presente trabajo. Señalar que no son muestras apareadas, son muestras independientes. En este estudio, los evaluadores no están apareados, escogiendo el diseño de estudio de grupos independientes, por disponibilidad de los participantes.

Respecto a cómo evalúan los padres y profesores el desarrollo de las funciones ejecutivas, no existe acuerdo entre ellos, siendo más evidentes estas diferencias en los grupos de mayor edad. No obstante, los datos nos permiten afirmar que son fuentes fiables (padres y profesores) para la identificación de síntomas de disfunciones ejecutivas (50) (51). Este estudio no tiene como objetivo analizar el grado de concordancia de padres y profesores ya que como han señalado diferentes estudios, al ser contextos del desarrollo diferente, no se debe inferir la existencia de una alta concordancia, aunque nadie duda de que ambos contextos deben ser evaluados por parte de los profesionales.

Se incluyen niños con trastornos del neurodesarrollo: TDAH y TEA ya que según la literatura se acompaña de déficits en las funciones ejecutivas diversos como hemos revisado en diferentes estudios (Tabla 1 y 2) (52).

La distribución de los participantes en función del trastorno del neurodesarrollo se presenta en la Tabla 3.

Respecto a los niños evaluados por los padres, podemos destacar: El 48.4% de los niños evaluados por sus padres son niños con TDAH, la media de edad es 4.3 años y el 80% son varones.

En relación a los niños evaluados por los profesores, podemos destacar: el 59.4% son niños con TDAH evaluados por sus profesores, la media de edad es 4.2 años y el 84.4% son varones.

Instrumento de recogida de datos

BRIEF-P (49) es un instrumento que permite evaluar las funciones ejecutivas en niños de entre los 2 años a 5 años y 11 meses, siendo aplicado por padres, profesores u otros cuidadores habituales del niño (informantes).

Ha sido aplicado en población que manifiestan disfunciones ejecutivas diversas (déficit de atención con y sin hiperactividad, trastorno del espectro autista, daño cerebral) y síndrome de Tourette, entre otros.

Su aplicación requiere 10-15 minutos. Se responde empleando una escala de frecuencia tipo Likert con tres opciones de respuesta: nunca, a veces y frecuentemente.

Está compuesto por 63 ítems bajo: cinco escalas clínicas, tres índices, un Índice Global de Función Ejecutiva y dos escalas de validez (Negatividad e Inconsistencia).

En la [Tabla 4](#) se presentan las escalas clínicas e índices que configuran BRIEF-P (49).

Procedimiento

BRIEF-P (49) fue cumplimentado por padres, madres, tutores legales y maestros de niños de 2 años a 5 años y 11 meses que tuvieran conocimiento del niño durante un periodo mínimo de 6 meses. El estudio fue realizado entre 2013 y 2016 en coautoría con Luque y la firmante del presente trabajo en el proceso de validación de BRIEF-P (49) en español.

Tabla 3. Distribución de los participantes en función de los informantes (elaboración propia).

Trastorno del neurodesarrollo	Padres		Padres	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
TDAH	15	60.0	19	61.3
TEA	10	40.0	12	38.7
Total	25	100.0	31	100.0

Fuente: BRIEF-P (49)

TDAH= Trastorno por déficit de atención / hiperactividad presentación combinada

TEA= Trastorno del espectro autista

Tabla 4. BRIEF-P (49): Escalas e Índices Clínicos (descripción y ejemplos) (elaboración propia).

	Descripción	Ejemplos
Escalas clínicas		
Inhibición	Evalúa la presencia de problemas para controlar sus impulsos y la conducta, para detener o regular adecuadamente su comportamiento en el momento o en el contexto adecuado.	Durante las actividades se desvía fácilmente de su objetivo
Flexibilidad	Evalúa la presencia de problemas para cambiar a voluntad de una situación, actividad y para solucionar problemas de manera flexible.	Le cuesta cambiar de una actividad a otra.
Control emocional	Evalúa la presencia de problemas para regular o modular adecuadamente las respuestas emocionales en función de las demandas situacionales.	Se altera con mucha facilidad.
Memoria de trabajo	Evalúa la presencia de problemas para mantener información en la mente con el objetivo de completar una tarea o proporcionar la respuesta adecuada.	Le cuesta recordar las cosas incluso después de un breve periodo de tiempo.
Planificación y organización	Evalúa la presencia de problemas para anticipar acontecimientos o consecuencias futuras.	Le cuesta encontrar sus cosas en su habitación o en el lugar donde juega incluso cuando se le dan indicaciones concretas.
Índices		
Autocontrol inhibitorio	Es el resultado de la suma de las puntuaciones directas en las escalas Inhibición y Control emocional	
Flexibilidad	Es el resultado de la suma de las puntuaciones directas en las escalas Flexibilidad y Control emocional.	
Metacognición emergente	Es el resultado de la suma de las puntuaciones directas en las escalas Memoria de trabajo y Planificación y organización.	
Índice Global de Función Ejecutiva	Es una puntuación resumen a partir de las cinco escalas clínicas del BRIEF-P. Resulta útil como medida general de la presencia de problemas en las funciones ejecutivas en el niño.	

24 Variables de investigación

- Las variables investigadoras, a explicar e independientes son: (i) Trastorno del neurodesarrollo que presenta el niño: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad presentación combinada (TDAH), trastorno del espectro autista (TEA). (ii) Informantes: padres, madres, tutores legales y maestros de los niños.
- La variable investigada, explicativa o dependiente, funciones ejecutivas que ha sido operacionalizada con puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas clínicas e índices de BRIEF-P (49).

Análisis de datos

Para comparar el desarrollo de las funciones ejecutivas entre diferentes muestras (TDAH, TEA) se aplicó: la Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes (no paramétrica) que nos permitió comparar muestras independientes con más de tres grupos.

RESULTADOS

Los datos fueron sometidos a análisis paramétricos y no paramétricos con el fin de conocer si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (TDAH y TEA) en las diferentes escalas clínicas e índices que configuran BRIEF-P (49).

Contraste no paramétrica

Los resultados de la prueba de Kruskal Wallis indican diferencias estadísticamente significativas en diferentes escalas clínicas e índices (Tabla 5):

- Quando los informantes son los padres en: escala clínica de Flexibilidad ($U=116.000$, $p=.023$) y en el índice de Flexibilidad ($U=111.500$, $p<.041$).
- Quando los informantes son los profesores en: escala clínica de Flexibilidad ($U=201.000$, $p=.000$), en la escala clínica Control Emocional ($U=164.500$, $p<.039$) y en el índice de Flexibilidad ($U=190.500$, $p<.001$).

Los resultados obtenidos se pueden sintetizar afirmando la existencia de diferencias significativas entre escolares con TDAH y TEA en diferentes escalas clínicas e índices tanto cuando son evaluados por padres como cuando son evaluados por profesores. Así, cuando los informantes son los padres, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en Flexibilidad, tanto en la escala clínica como en el índice. En el caso de los profesores, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, también en Flexibilidad, tanto en la escala clínica como en el índice, junto con la escala clínica de Control Emocional.

En todas las escalas clínicas e índices los profesores obtienen rangos superiores a los emitidos por los padres, siendo muy superiores en el caso de las escalas clínicas de Flexibilidad, Control Emocional y en el índice de Flexibilidad.

DISCUSIÓN

En este estudio se constata que en función de los informantes puede haber diferencias a la hora de evaluar el funcionamiento ejecutivo de niños en edad infantil que presentan diferentes trastornos del neurodesarrollo: TDAH y TEA. Así, se evidencia, por un lado, la rigidez o la falta de flexibilidad como rasgos discriminativos los niños con TEA en comparación con los niños con TDAH, coincidiendo en dicho aspecto tanto padres como profesores. Por otro lado, se pone de manifiesto que los niños con TDAH tienen mayores dificultades que los niños con TEA cuando son los profesores los informantes, no constatándose diferencias entre ambos trastornos del neurodesarrollo cuando los informantes son los padres. En el resto de escalas clínicas e índices evaluados no se obtienen diferencias significativas entre ambos grupos de trastornos del neurodesarrollo ni cuando son evaluados por padres ni cuando son evaluados por profesores.

Estimamos que BRIEF-P (49) puede ser un instrumento de evaluación útil para detectar déficits ejecutivos en diferentes trastornos del neurodesarrollo por parte de padres y profesores. No podemos afirmar, con el diseño planteado, coincidencia por parte de los informantes, pero si hay una sintonía a la hora

de considerar los déficits en flexibilidad y control emocional como dimensiones ejecutivas afectadas en grado variable (según el informante) en los trastornos del neurodesarrollo estudiados.

Estos datos apuntan hacia estos déficits ejecutivos en personas con TEA (35), (37) y en el TDAH en consonancia con el modelo propuesto por Barkley de déficit en la autorregulación emocional (53) y dificultades en flexibilidad (13) y con los resultados obtenidos por Craig, Margari, Legrottaglie, Palumbi et al. (20).

Como línea de futuro nos planteamos desarrollar un proceso de triangulación de fuentes (pruebas de rendimiento del propio niño) y pruebas de valoración (informantes claves) para seguir profundizando en el perfil ejecutivo de niños con trastornos del

neurodesarrollo (TDAH-TEA) con entidades nosológicas diferentes pero que pueden compartir similitudes en algunas dimensiones ejecutivas como la relacionada con la flexibilidad, en muestras amplias y representativas.

CONCLUSIÓN

BRIEF-P puede ser utilizado por padres y profesores en el proceso de evaluación del funcionamiento ejecutivo en niños con TDAH y TEA.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora firmante del presente texto es coautora de la adaptación de BRIEF-P al español, recibiendo como contraprestación los royalties.

Tabla 5. Rangos y U de Mann-Whitney en función de los participantes (trastornos del neurodesarrollo) e informantes (elaboración propia).

Escala clínica / Índices	Grupos clínicos	Rangos	Padres (n=25) ¹		Rangos	Profesores (n=31) ²	
			U de Mann-Whitney	Sig.		U de Mann-Whitney	Sig.
Inhibición	TEA	11.50	60.000	.428	17.38	130.500	.509
	TDAH	14			15.13		
Flexibilidad	TEA	17.10	116.000	.023*	23.25	201.000	.000***
	TDAH	10.27			11.42		
Control Emocional	TEA	14.00	85.000	.605	20.21	164.500	.039
	TDAH	12.33			13.34		
Memoria de Trabajo	TEA	10.90	54.000	.261	16.83	124.000	.704
	TDAH	14.40			15.47		
Planificación y Organización	TEA	9.80	43.000	.080	16.17	116.000	.952
	TDAH	15.30			15.88		
Autocontrol Inhibitorio	TEA	12.25	67.500	.683	18.83	148.000	.177
	TDAH	13.50			14.21		
Flexibilidad	TEA	16.65	111.500	.041*	22.38	190.500	.001***
	TDAH	10.57			11.97		
Metacognición Emergente	TEA	10.40	49.000	.160	17.17	128.000	.589
	TDAH	14.73			15.26		
Funcionamiento Ejecutivo Global	TEA	12.70	72.000	.892	19.96	161.500	.053
	TDAH	13.20			13.50		

(1) Padres: TEA: 10; TDAH: 15

(2) Profesores: TEA: 12; TDAH: 19

p < .05 * // p < .01 ** // p < .001 ***

TDAH= Trastorno por déficit de atención / hiperactividad presentación combinada

TEA= Trastorno del espectro autista

Fuente: BRIEF-P

26 **AGRADECIMIENTOS**

A todos los niños, sus familias y sus profesores, sin su participación habría sido imposible este estudio. A todos los colaboradores, profesionales, centros educativos, centros psicopedagógicos que han participado de forma desinteresada, y a Tamara Luque, coautora de la adaptación a español de BRIEF-P.

REFERENCIAS

- Artigas J. Trastornos del neurodesarrollo. Barcelona: Viguera; 2011.
- Karmiloff-Smith A. Más allá de la modularidad. La ciencia cognitiva desde la perspectiva del desarrollo. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
- Karmiloff-Smith A. Development itself is the key to understanding developmental disorders. *Trends Cogn. Sci.* 1998; 2(10): 389–398. [https://doi.org/10.1016/s1364-6613\(98\)01230-3](https://doi.org/10.1016/s1364-6613(98)01230-3)
- D'Souza H, Karmiloff-Smith A. Neurodevelopmental disorders. *Wiley Interdiscip. Rev.-Cogn. Sci.* 2017; 8(1–2): 1–10. <https://doi.org/10.1002/wcs.1398>
- Artigas J, Guitart M, Gabau E. Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. *Rev. Neurología.* 2013; 56 (Supl 1): S23–34.
- Faraone S. Advances in the genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol. Psychiatry.* 2014; 76: 599–600. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.07.016>
- Belsky J, Hartman S. Gene-environment interaction in evolutionary perspective: differential susceptibility to environmental influences. *World Psychiatry.* 2014; 13: 87–89. <https://doi.org/10.1002/wps.20092>
- Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. *Am. J. Psychiat.* 2012; 169: 1038–1055. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101521>
- Albajara A, Septier M, Van Schuerbeek P, Baijot S, Deconinck N, Defresne P, et al. ADHD and ASD: distinct brain patterns of inhibition-related activation? *Trans. Psy.* 2020; 10(24). <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0707-z>
- Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol. Bull.* 1997; 121(1): 65–94. <https://sciences.ucf.edu/>
- Roca P, Mulas F, Ortiz P, Gandía R. Autorregulación emocional en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad infantil y potenciales evocados P300. *Rev. Neurol.* 2015; 60(Supl 1): S69–S74. <https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2014571>
- Delgado X, Zapata M. Déficit de memoria operativa en los trastornos del neurodesarrollo. *Psicogente.* 2018; 21(39): 216–227. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2832>
- Ferreiro MC, Buceta MJ, Rial A. Comparación de la flexibilidad cognitiva en el TDAH y la dislexia. *Infanc. Aprendiz.* 2013; 36(1): 105–117. <https://doi.org/10.1174/021037013804826500>
- Barkley RA. Advances in the diagnosis and subtyping of attention deficit hyperactivity disorder: what may lie ahead for DSM-V. *Rev. Neurol.* 2009; 48 (Supl 2): S101–S106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19280563>
- Kamradt JM, Nikolas MA, Burns GL, Garner AA, Jarrett MA, Luebke AM, Becker S. Barkley Deficits in Executive Functioning Scale (BDEFS): Validation in a Large Multisite College Sample. *Assessment*; 2019.
- Rubiales J, Bakker L, Russo D, González R. Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista CES Psicología.* 2016; 9(2): 99–113. <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.9.2.7>
- Abad L, Ruiz R, Moreno F, et al. (2013). Intervención psicopedagógica en el trastorno por déficit de atención / hiperactividad. *Rev. Neurol.* 2013; 57(Supl 1): 193–203. <https://doi.org/10.33588/rn.57S01.2013290>
- Colbert AM, Bo J. Evaluating relationships among clinical working memory assessment and inattentive and hyperactive/impulsive behaviors in a community sample of children. *Res. Dev. Disabil.* 2017; 66: 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.04.010>

19. Colomer C, Miranda A, Herdoiza P. et al. Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con trastorno por déficit de atención / hiperactividad: influencia en los resultados durante la adolescencia. *Rev. Neurol.* 2012; 54(Sup11): 117–26. <https://doi.org/10.33588/rn.54S01.2011707>
20. Craig F, Margari F, Legrottaglie AR, Palumbi R. et al. A review of executive function deficits in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2016; 12: 1191–202. <https://doi.org/10.2147/NDT.S104620>
21. García T, Rodríguez C, González P. et al. Funciones ejecutivas en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y dificultades lectoras. *Int. J. Psychol. Ther.* 2013; 13(2): 179–194.
22. Holmes J, Adams JW. Working memory and children's mathematical skills: Implications for mathematical development and mathematics curricula. *Educ. Psychol.* 2006; 26(3): 339–366. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/01443410500341056>
23. Skogan AH, Zeiner P, Egeland J. et al. Parent ratings of executive function in young preschool children with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behav. Brain Funct.* 2015; 11(1): 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12993-015-0060-1>
24. Berenguer C, Roselló B, Baixauli I, et al. (2017). ADHD Symptoms and peer problems: Mediation of executive function and theory of mind. *Psicothema*, 29(4), 514–519. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.376>
25. Huang F, Sun L, Qian Y. et al. Cognitive function of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and learning difficulties: A developmental perspective. *Chin. Med. J. (Engl.)* 2016; 129(16): 1922–28. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.187861>
26. Iglesias V, Deaño M, Alfonso S, Conde Á. Mathematical learning disabilities and attention deficit and/or hyperactivity disorder: A study of the cognitive processes involved in arithmetic problem solving. *Res. Dev. Disabil.* 2017; 61: 44–54. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.12.012>
27. Rapport MD, Bolden J, Kofler MJ, et al. Hyperactivity in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A ubiquitous core symptom or manifestation of working memory deficits? *J. Abnorm. Child Psychol* 2009; 37(4): 521–534. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9287-8>
28. Rebollo MA, Montiel S. Atención y funciones ejecutivas. *Rev. Neurol.* 2006; 42(suppl. 2): S3–S7. <https://doi.org/10.33588/rn.42S02.2005786>
29. Servera M. Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una revisión. *Rev. Neurol.* 2005; 40(6): 358–368. <https://doi.org/10.33588/rn.4006.2004364>
30. Shuai L, Daley D, Wang YF et al. Executive Function Training for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Chin. Med. J. (Engl.)* 2017; 130(5): 549. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.200541>
31. Soriano M, Félix V, Begeny JC. Executive Function Domains among Children with ADHD: Do they differ between Parents and Teachers Ratings? *Procedia, Social and Behavioral Sciences*. 2014; 132: 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.281>
32. Ygual A, Roselló B, Miranda A et al. Funciones ejecutivas, comprensión de historias y coherencia narrativa en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev. Logop. Foniatr. Audiol.* 2010; 30(3): 151–161. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70163-7](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70163-7)
33. Russell J. *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Madrid: Editorial Médica Panamerica; 2000.
34. Etchepareborda MC. Funciones ejecutivas y autismo. *Rev. Neurol.* 2005; 41(1): 155–162. <https://doi.org/10.33588/rn.41S01.2005390>
35. Blijd EMA, Bezemer ML, van Geert PLC. Executive Functioning in Children with ASD: An analysis of the BRIEF. *J. Autism Dev. Disord.* 2014; 44(12): 3089–3100. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2176-9>
36. Brady DI, Schwan VL, Saklofske DH, et al. Conceptual and Perceptual Set-shifting executive abilities in young adults with Asperger's syndrome.

- Res. Autism Spectr. Disord. 2013; 7(12): 1631–1637. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.09.009>
37. Campbell CA, Russo N, Landry O, et al. Non-verbal, rather than verbal, functioning may predict cognitive flexibility among persons with autism spectrum disorder: A preliminary study. Res. Autism Spectr. Disord. 2017; 38: 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2017.03.005>
 38. Chen SF, Chien YL, Wu CT, et al. Deficits in executive functions among youths with autism spectrum disorders: An age-stratified analysis. Psychol. Med. 2016; 46(8): 1625–1638. <https://dx.doi.org/10.1017/S0033291715002238>
 39. Landry O, Al-Taie SA. Meta-analysis of the Wisconsin Card Sort Task in Autism. DERS J. Autism Dev. Disord. 2016; 46(4): 1220–1235. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2659-3>
 40. Martos J, Paula I. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. Rev. Neurol. 2011; 52(Supl 1): S147–S153. <https://doi.org/10.33588/rn.52S01.2010816>
 41. Van Eylen L, Boets B, Cosmans N. Executive functioning and local-global visual processing: candidate endophenotypes for autism spectrum disorder? J. Child Psychol. Psychiatry. 2017; 58(3): 258–269. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12637>
 42. Hüpen P, Groen Y, Gaastra GF et al. Performance monitoring in autism spectrum disorders: A systematic literature review of event-related potential studies. Int. J. Psychophysiol. 2016; 102: 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2016.03.006>
 43. Kloosterman PH, Kelley EA, Parker JDA, et al. Executive functioning as a predictor of peer victimization in adolescents with and without an Autism Spectrum Disorder. Res. Autism Spectr. Disord. 2014; 8(3):244–54. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.12.006>
 44. Pellicano E, Kenny L, Brede J. et al. Executive function predicts school readiness in autistic and typical preschool children. Cogn. Dev. 2017; 43, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2017.02.003>
 45. Talero C, Echeverría CM, Sánchez P, et al. Trastorno del espectro autista y función ejecutiva. Acta Neurológica Colombiana. 2015; 31(3): 246–52. <https://doi.org/10.22379/2422402237>
 46. Vanegas SB, Davidson D. Investigating distinct and related contributions of Weak Central Coherence, Executive Dysfunction, and Systemizing theories to the cognitive profiles of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children. Res. Autism Spectr. Disord. 2015; 11: 77–92. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.12.005>
 47. Wu HC, White S, Rees G. Executive function in high-functioning autism: Decision-making consistency as a characteristic gambling behavior. Cortex; 2018; 107: 21–36. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2018.01.013>
 48. Yi L, Fan Y, Joseph L et al. Event-based prospective memory in children with autism spectrum disorder: The role of executive function. Res. Autism Spectr. Disord. 2014; 8(6): 654–660. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.03.005>
 49. Gioia GA, Espy KA, Isquith PK. BRIEF-P. Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva-Versión Infantil. E Bausela y T Luque (adaptadoras). Madrid: TEA Ediciones; 2016.
 50. Meuwissen AS, Carlson SM. Fathers matter: The role of father parenting in preschoolers' executive function development. J. Exp. Child Psychol. 2015; 140: 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2015.06.010>
 51. Ortiz JA, Acle G. Diferencias entre padres y profesores en la identificación de síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños mexicanos. Rev. Neurol. 2006; 42: 17–21. <https://doi.org/10.33588/rn.4201.2005342>
 52. Tirapu J, García A, Ríos M. et al. (Eds.). Neuropsicología del córtex prefrontal y de las funciones. Barcelona: Editorial Viguera; 2011.
 53. Herrmann MJ, Schreppel T, Biehl SC, Jacob C, Heine M, et al. Emotional deficits in adult ADHD patients: An ERP study. Soc. Cogn. Affect. Neurosci. 2009; 4: 340–45. <https://dx.doi.org/10.1093/scan/nsp033>

F. J. Torres Varona ^{1*}
N. Rodríguez Criado ²
I. Mesian Pérez ²

1. MIR Psiquiatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España.

2. FEA Psiquiatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

F. J. Torres Varona

Francisco Javier Torres Varona. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Planta 5. Secretaría de Psiquiatría. Glorieta del Ejército, S/N. 28047. Madrid, España.

Correo electrónico: forvar@mde.es

ORCID: [0000-0002-9877-8093](https://orcid.org/0000-0002-9877-8093)

Aripiprazol intramuscular de liberación prolongada como potenciación de sertralina en una adolescente con Trastorno obsesivo-compulsivo. A propósito de un caso

Aripiprazole Long-Acting Intramuscular Injection Augmentation of Sertraline in Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescence. A case report

RESUMEN

El Trastorno obsesivo-compulsivo constituye una patología grave e incapacitante. El tratamiento de primera línea no consigue una remisión completa en casi la mitad de los pacientes. En adultos se ha demostrado la utilidad del tratamiento coadyuvante con aripiprazol en estos casos. En adolescentes la evidencia al respecto es escasa, aunque se han publicado algunos resultados prometedores. Tampoco se dispone de evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad de los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada en población adolescente, por lo que sólo se recomiendan en trastornos psicóticos con respuesta insuficiente por falta de adherencia. Sin embargo, algunos autores proponen extender su utilización a otras patologías. Se presenta el caso de una paciente adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo resistente al tratamiento de primera línea, en la que la utilización coadyuvante de aripiprazol inyectable de liberación prolongada permite un buen control de la clínica obsesiva y contribuye a evitar nuevas descompensaciones.

Palabras clave: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Psiquiatría del Adolescente, Aripiprazol, Sinergismo Farmacológico, Antipsicóticos de Larga Duración.

ABSTRACT

Obsessive-compulsive disorder is a severe and disabling pathology. First-line treatment does not achieve full remission in almost half of patients. In adults, the efficacy of the adjuvant treatment with aripiprazole has been demonstrated in these cases. There is not enough evidence in the adolescent population, although some promising results have been published. Scant evidence is available on the efficacy and safety of long-acting injectable antipsychotics in adolescents. Their use is recommended only in psychotic disorders with insufficient response due to lack of adherence. However, some authors suggest their use in other pathologies. The case of an adolescent patient with obsessive-compulsive disorder resistant to first-line treatment is presented. The adjuvant use of long-acting injectable aripiprazole allows for good control of the obsessive symptoms and helps prevent future episodes.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Adolescent Psychiatry, Aripiprazole, Drug Synergism, Long-Acting Antipsychotics.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) presenta una prevalencia del 1-2% en niños y adolescentes, en los que puede tener un impacto severo a nivel académico y social (1). Las recomendaciones terapéuticas en esta población incluyen la psicoterapia cognitivo-conductual y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (1). Sin embargo, muchos de estos pacientes no alcanzan una remisión completa. Se ha descrito hasta un 46% de pacientes resistentes al tratamiento convencional (1).

Se ha demostrado la utilidad del tratamiento coadyuvante con antipsicóticos atípicos en adultos con TOC que presentan una respuesta insuficiente a un ISRS (2). En este sentido, se ha destacado el aripiprazol como una opción interesante, dado su perfil más favorable de efectos adversos. En población infantil y adolescente todavía no se dispone de evidencia suficiente acerca de la efectividad del aripiprazol, aunque algunos resultados son prometedores (3,4).

Tampoco existe evidencia suficiente sobre la eficacia y seguridad de los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (AILP) en niños y adolescentes (5). Por este motivo, las recomendaciones sobre su utilización se limitan a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos con respuesta insuficiente por falta de adherencia (6).

A pesar de ello, la prescripción de AILP fuera de ficha técnica es relativamente frecuente dentro de la práctica clínica habitual (7). Algunos autores recomiendan extender su utilización a otras patologías psiquiátricas que requieran tratamiento antipsicótico y en las que existan problemas de adherencia (8).

Se presenta el caso de una paciente de 17 años diagnosticada de TOC con respuesta insuficiente a ISRS y psicoterapia cognitivo-conductual, en la que se describen los resultados de la utilización coadyuvante de aripiprazol de liberación prolongada en fase aguda y como tratamiento de mantenimiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 17 años que ingresa en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil por presentar reagudización de clínica obsesiva con marcada repercusión afectiva y funcional.

Dentro de la historia evolutiva, el embarazo fue planificado, monitorizado y transcurrió sin complicaciones. Parto gemelar a término, con cesárea programada. Ausencia de complicaciones en el periparto. Peso y talla al nacimiento adecuados. Lactancia artificial por decisión de la madre, sin problemas posteriores en la introducción de alimentos. Adecuado desarrollo psicomotor.

Asistió a guardería, con buena adaptación y sin ansiedad de separación. Inicio de escolarización sin incidencias. A los 8 años comenzó estudios en internado en el extranjero junto a sus hermanos. Buenos resultados académicos y relaciones sociales con iguales y adultos. A los 13 años regresaron a España. Inició 2º de educación secundaria en centro privado junto a su hermana melliza, donde mantuvo un buen rendimiento. No obstante, estableció pocas relaciones sociales, sin grupo de amigas estable, que atribuye a la estrecha relación que mantiene con su hermana. Actualmente matriculada en 4º de educación secundaria.

Convive con sus padres, su hermano (3 años mayor) y su hermana melliza. La cuidadora principal ha sido la madre. Durante la estancia de la paciente y sus hermanos en el internado los padres los visitaban de forma regular. Convivencia familiar en períodos vacacionales.

Cuando la paciente tenía 12 años, su madre sufrió un traumatismo craneoencefálico que le dejó secuelas consistentes en afectación de la memoria, desregulación emocional y episodios de agresividad. Un año más tarde la paciente y su hermana regresaron a España. Niegan otros antecedentes familiares de interés.

La paciente no tenía alergias a medicamentos conocidas, antecedentes no psiquiátricos de interés ni historia de consumo de tóxicos. Primer contacto con salud mental a los 13 años por un cuadro depresivo reactivo, con buena respuesta.

A los 16 años precisó ingreso en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil por anorexia nerviosa restrictiva. Durante este ingreso se evidenciaron en la paciente una considerable autoexigencia y unos rasgos de personalidad obsesivos marcados. La paciente presentó varios episodios de descontrol conductual, en el contexto de dificultad para cumplir las indicaciones y normas de la unidad en relación a las exigencias del tratamiento, llegando a autolesionarse en varias ocasiones golpeando la pared. Se realizó diagnóstico de Anorexia nerviosa restrictiva (F50.1) (9). Se pautó tratamiento con sertralina hasta 200mg/24h, con mejoría parcial de la obsesividad y las alteraciones de conducta; por lo que se añadió aripiprazol oral 10mg/24h, con buena respuesta y adecuada tolerancia. Al alta la paciente fue derivada al hospital de día, donde se sustituyó aripiprazol oral por formulación de liberación prolongada mensual, para favorecer la adherencia terapéutica y obtener unos niveles más estables del fármaco, con buena evolución. Después de 3 meses de tratamiento intensivo en el hospital de día, la paciente se incorporó al curso académico.

Durante el primer trimestre del curso la paciente empezó a manifestar sintomatología obsesiva (ideas de orden, simetría y relacionadas con la alimentación, aumento de miedos irracionales, fobias de impulsión, rituales de comprobación), con empeoramiento progresivo, por lo que fue ingresada nuevamente en psiquiatría infanto-juvenil. Se realizó diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo (F42) (9).

Al alta fue derivada al hospital de día, donde la paciente se mantuvo estable durante los 6 meses siguientes, por lo que, de acuerdo con la paciente y sus padres, se cambió aripiprazol de liberación prolongada a formulación oral y se disminuyó progresivamente la intensidad del tratamiento.

A los 3 meses la paciente ingresa nuevamente en la unidad de psiquiatría infanto-juvenil por presentar

reagudización de clínica obsesiva (evitaba el color rojo “porque le hacía pensar en cosas violentas”, no quería pisar las líneas del suelo, por las noches pasaba varias horas comprobando repetidamente “si la alarma estaba puesta”) de 3 semanas de evolución. Relataba síntomas de despersonalización y desrealización, así como fobias de impulsión (“miedo a abrir la puerta del coche en marcha o a cruzar la calle”). Además, durante la última semana la paciente había comenzado a presentar ideación autolítica en relación al malestar que le producía la sintomatología obsesiva y a su repercusión funcional.

Se encontraba en tratamiento con sertralina 200mg/24h, quetiapina 200mg/24h, aripiprazol 5mg/24h y bromazepam 1.5mg/24h.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico, se decidió ingreso de la paciente en psiquiatría infanto-juvenil para contención de la ideación autolítica, así como ajuste de tratamiento psicofarmacológico, de acuerdo con su psiquiatra de referencia.

Al ingreso, la paciente se encontraba consciente, globalmente orientada. Presentaba ansiedad e inquietud psicomotriz. Ánimo descendido, tendente a la irritabilidad, con apato-abulia y astenia. Discurso coherente y adecuado a su edad, centrado en miedo a autolesionarse, como forma de regular la angustia asociada a sus pensamientos obsesivos y las compulsiones derivadas de los mismos. Conductas autolesivas en forma de golpes, con finalidad ansiolítica. Ideas pasivas de muerte e ideación autolítica. Fobia a engordar, sin distorsión de la imagen corporal, que se encontraba en un segundo plano y que no condicionaba alteraciones de la conducta alimentaria.

La paciente se mostró conductualmente adecuada durante todo el ingreso. Se observó una disminución progresiva de la ansiedad, con desaparición de la ideación autolítica. Se trabajó con la paciente un plan de seguridad, que se comprometió a poner en práctica en caso de nuevo episodio de descontrol de impulsos. Se ajustó la pauta de aripiprazol a 15mg/24h y, posteriormente, se reintrodujo el tratamiento con aripiprazol de liberación prolongada 400 mg

intramuscular mensual, considerando la escasa adherencia y mejoría del cuadro clínico descrita durante el seguimiento ambulatorio, con buena tolerancia. Asimismo, se reincorporó progresivamente a la paciente al hospital de día y se llevaron a cabo permisos terapéuticos, sin incidencias.

En el momento del alta la paciente se encontraba tranquila, sin ansiedad ni irritabilidad, con menor sensación de inestabilidad emocional. Se observaba una mejoría considerable de la ideación obsesiva, con desaparición de rituales. Sin semiología afectiva mayor ni clínica psicótica. No presentaba descontrol conductual o de impulsos, auto o heteroagresividad ni ideación autolítica.

Se realizó analítica (incluyendo hemograma, ionograma, perfil hepático, renal, tiroideo, hormonal, vitaminas) y sistemático y sedimento urinario, sin hallazgos significativos. Test de embarazo y tóxicos en orina negativos. Valoración por Pediatría y Cardiología sin hallazgos significativos.

Se realizó juicio clínico de reagudización de Trastorno obsesivo-compulsivo (F42) y Anorexia nerviosa restrictiva en remisión parcial (F50.01) (9). Cuatro meses tras el alta la paciente continúa tratamiento intensivo en el hospital de día con adecuada adherencia. Mantiene estabilidad psicopatológica y no ha precisado nuevos ingresos.

DISCUSIÓN

El presente caso constituye un ejemplo de utilización de aripiprazol intramuscular de liberación prolongada como potenciación del tratamiento convencional en TOC con respuesta insuficiente en población adolescente.

La adolescencia constituye una etapa evolutiva crucial, en la que comienza el desarrollo de la autonomía necesaria en la edad adulta y se establecen objetivos a nivel personal y profesional (7). Los trastornos psiquiátricos de inicio en esta etapa se asocian a una evolución negativa, que incluye fracaso escolar, aislamiento social, dependencia de sustancias, criminalidad, intentos autolíticos y mortalidad precoz

(8). Además de este peor pronóstico, es preciso considerar el potencial efecto negativo del estigma asociado a la recaída en una patología psiquiátrica y la discapacidad asociada (7). Asimismo, la frecuente comorbilidad del TOC con trastornos de la conducta alimentaria, así como con otros trastornos psiquiátricos, puede constituir una dificultad adicional en esta población (1).

Los AILP podrían contribuir a mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes al asegurar la adherencia terapéutica (7). En el caso de nuestra paciente, fue por esta dificultad para conseguir un adecuado cumplimiento por lo que se optó por probar una presentación de aripiprazol de liberación prolongada, dada la severidad de la sintomatología y la repercusión en su funcionamiento. La evolución mientras estuvo con dicho tratamiento fue favorable, alcanzando periodos de estabilidad clínica significativos, que permitieron su reincorporación al instituto y que pudiera empezar a dar pasos que garantizaran el desarrollo de una autonomía acorde a su momento evolutivo.

Resulta interesante destacar la coincidencia en el tiempo de las descompensaciones de la paciente con periodos en los que se había realizado cambio de aripiprazol de liberación prolongada a una formulación oral, lo que nos lleva a considerar cuestionable la adherencia de la paciente al tratamiento oral.

En el último ingreso, después de ajustar de la pauta de aripiprazol oral y de realizar el cambio a formulación de liberación prolongada, se pudo alcanzar un buen control de la sintomatología, permitiendo que la paciente fuera derivada a su hospital de día de referencia y contribuyendo a que desde entonces no haya presentado nuevas descompensaciones.

Por otra parte, durante todo este proceso la paciente ha mostrado una buena tolerancia al aripiprazol de liberación prolongada, sin que se hayan observado efectos adversos reseñables, lo que resulta congruente con lo descrito en la literatura (3) (4) (10).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo reflejado en este caso, sería interesante realizar más estudios que puedan contribuir a validar la eficacia del aripiprazol de liberación prolongada en el tratamiento de pacientes adolescentes con TOC que hayan presentado una respuesta insuficiente al tratamiento de primera línea.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Geller DA, March J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012;51(1): 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>.
2. Brakoulias V, Stockings E. A systematic review of the use of risperidone, paliperidone and aripiprazole as augmenting agents for obsessive-compulsive disorder. *Expert Opin Pharmacother* 2019;20(1): 47–53. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1540590>.
3. Masi G, Pfanner C, Millepiedi S BS. Aripiprazole Augmentation in 39 Adolescents With Medication-resistant Obsessive-compulsive Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30(6): 688–93. <https://doi.org/10.1097/jcp.0b013e3181fab7b1>.
4. Akyol Ardic U, Ercan ES, Kutlu A, Yuce D, Ipci M, Inci SB. Successful Treatment Response with Aripiprazole Augmentation of SSRIs in Refractory Obsessive–Compulsive Disorder in Childhood. *Child Psychiatry Hum Dev* 2017;48(5): 699–704. <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0694-8>.
5. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, de Dios C, Díaz-Marsá M, et al. Antipsicóticos inyectables de liberación prolongada para el tratamiento de la esquizofrenia en España. *Rev Psiquiatr y Salud Ment* 2018;12(2): 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.006>.
6. Grupo de trabajo del CIBERSAM para la elaboración de una guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Informe de consenso de Recomendaciones [Internet]. Centro de Investigación Biomédica en Red - CIBER. 2015 [cited 2018 Dec 8].
7. Lytle S, McVoy M, Sajatovic M. Long-Acting Injectable Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2017;27(1): 2–9. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0055>.
8. Pope S, Zarea SG. Efficacy of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(4): 391–394. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0091>.
9. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Ed. Médica Panamericana; 2018.
10. Fortea A, Ilzarbe D, Espinosa L, Solerdelcoll M, de Castro C, Oriolo G, et al. Long-Acting Injectable Atypical Antipsychotic Use in Adolescents: An Observational Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018;28(4): 252–257. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0096>.

M. Real-López^{1,2*}

A. Fuertes-Saiz³

N. Prades Salvador⁴

E. Ruiz-Palomino²

C. Ramos-Vidal^{1,2}

1. Programa de Trastorno Mental Grave de la Infancia y la Adolescencia. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, España.

2. Universitat Jaume I, Castellón, España.

3. Hospital General Universitario de Castellón, España.

4. CSMIJ Santa Coloma de Gramenet, Fundació Vidal i Barraquer, Barcelona.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Matías Real-López.

Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón. Av. Dr. Clará, 19, 12002, Castelló.

Correo electrónico: mreal@uji.es

ORCID: [0000-0003-0975-5875](https://orcid.org/0000-0003-0975-5875)

Episodio maniaco tras la administración simultánea de 4 vacunas: relación temporal frente a relación causal. A propósito de un caso

Manic episode after the simultaneous administration of 4 vaccines: temporal relationship versus causal relationship. A case report

RESUMEN

Ante un cambio radical en el comportamiento en un varón de 17 años, a las 12 horas de administrar, en el mismo día, las vacunas contra el Meningococo C, Hepatitis B, Triple Vírica y Varicela, y la detección de un cuadro maniaco a la semana, se sospechó que se tratase de un cuadro de encefalitis post-vacunal. A pesar de la ausencia de hallazgos patológicos en las exploraciones complementarias realizadas, y aunque en la literatura científica no se haya demostrado una asociación temporal a día de hoy, no podemos aceptar ni descartar con certeza la sospecha diagnóstica dado que no contamos con la serología infecciosa o un estudio de anticuerpos en líquido cefalorraquídeo. Los efectos secundarios graves tras vacunaciones no han quedado claramente demostrados, lo que sí está ampliamente demostrado es que la inmunidad adquirida es uno de los mayores logros de la medicina que ha ayudado a erradicar enfermedades potencialmente mortales.

Palabras clave: episodio maniaco, adolescencia, vacunas, encefalitis.

ABSTRACT

A radical behavioral change was observed in a 17-year-old male 12 hours after having received vaccines for Meningococcus C, Hepatitis B, Triple Viral and Varicella on the same day. Moreover a manic episode was detected one week later. It was suspected that this was a case of post-vaccinal encephalitis. In spite of the absence of pathological findings in the complementary explorations carried out and although a temporal association has not been demonstrated to date in the scientific literature, we can not be certain of this diagnostic suspicion since we do not have the infectious serology or a study of antibodies in central spinal fluid. Serious side effects after vaccinations have never been clearly demonstrated, while it has been widely demonstrated that the acquired immunity from these vaccines is one of the greatest achievements of medicine, and this has helped to eradicate life-threatening diseases.

Keywords: manic disorder, adolescence, vaccines, encephalitis.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre la administración de vacunas y la aparición de efectos secundarios graves es un hecho que preocupa a los profesionales de la medicina pero que también, periódicamente, salta a la palestra de la opinión pública, sobre todo cuando se difunden noticias e información confusa y no amparada en los resultados de estudios científicos fiables.

En esta línea, Smith y colaboradores objetivaron que solo el 50% de los niños con trastornos neurológicos o del neurodesarrollo habían sido vacunados frente a la gripe, a pesar de tratarse de una población considerada de alto riesgo frente a dicha infección. En el mismo trabajo detectaron que el 38% de los progenitores que no habían vacunado a sus hijos estaban preocupados por los efectos que la vacuna pudiera tener y el 33% dudaban de la seguridad de la misma (1).

En la literatura científica existen escasos artículos que hablen de la posible asociación temporal entre algunos trastornos neuropsiquiátricos y la administración de vacunas en población infanto-juvenil. Cabe destacar el trabajo de Leslie y colaboradores quienes realizaron un estudio piloto de casos y controles retrospectivo, sobre una base de datos sanitarios privada, en una muestra total de 254.000 niños entre 6-15 años. Entre otros resultados observaron una relación temporal entre la anorexia nerviosa, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de ansiedad con la administración de la vacuna de la gripe durante los 3, 6 y 12 meses previos; si bien las limitaciones del propio estudio (escasa representatividad del grupo control respecto a los casos e imposibilidad de acceder a la historia clínica completa de los niños para explorar si eran o no diagnósticos recientes) hace que los propios autores concluyan que no puede inferirse causalidad y recomiendan continuar con las vacunaciones (2).

Otros estudios han obtenido resultados de asociación negativos, como el de Zerbo y colaboradores entre la vacunación de la gripe en el embarazo y el riesgo de trastornos del espectro autista sobre una cohorte de 196.929 casos. En dicho estudio poblacional no se pudo demostrar ninguna

asociación temporal entre la vacunación de la gripe y los trastornos del espectro autista (3).

Entre los escasos estudios de asociación no se han encontrado investigaciones que hayan evaluado sintomatología afectiva mayor ni de rango psicótico tras la administración de vacunas.

Por otra parte, incluso en el mundo de las publicaciones científicas rigurosas han existido importantes controversias y desinformación. Sirva de ejemplo el caso de los estudios del Dr. Wakefield (4) sobre vacunas y autismo que fueron publicados en una revista de prestigio como The Lancet y que posteriormente la propia publicación tuvo que desmentir (5). A pesar de las correcciones posteriores, el actual movimiento antivacunas sigue apoyándose en este tipo de informaciones de manera sesgada para difundir mensajes contrarios a las recomendaciones médicas actuales. En ese sentido, se ha descrito una relación inversa entre las búsquedas en Internet, tweets y posts en Facebook y la cobertura vacunal de la triple vírica (6)

En este contexto, resulta prioritario que los profesionales basen sus intervenciones en la revisión de literatura científica fiable, especialmente cuando el correcto despistaje diagnóstico puede influir de forma decisiva en el abordaje, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

Por este motivo se presenta este caso clínico en que, por la cronología de la aparición de los síntomas, había que plantearse la posibilidad de que una vacunación reciente hubiese participado en el origen o precipitación de un cuadro psicopatológico agudo y florido. Ello obligó tanto a la realización de diversas pruebas complementarias como a una búsqueda de artículos actualizados que orientasen en el diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 17 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil por alteraciones de conducta compatibles con episodio maniaco que no han podido contenerse en el ambiente domiciliario.

Psicobiografía

Natural de Marruecos, vive en España desde 4 años antes. Es el segundo de 3 hermanos. Vive en un piso con sus padres y con su hermano pequeño, la hermana mayor está independizada y vive en otra ciudad. Existe importante barrera idiomática. Debido a esto, acude acompañado por la madre, que es la familiar con mejores habilidades verbales del español. En ese momento, el paciente estudia Formación Profesional. Entre sus aficiones destaca la música rap, le gusta componer canciones, grabar y editar videos musicales y pasa gran parte de su tiempo hablando con amigos por redes sociales. Su familia lo describe como una persona amable y alegre, sin problemas para las relaciones interpersonales y con un funcionamiento previo completamente normal.

Antecedentes Familiares

Sin interés ni relación con el caso.

Antecedentes Personales

Antecedentes personales somáticos

Niegan enfermedades médicas de interés antes y después de llegar a España. En el sistema informático solo consta una infección respiratoria 2 años antes tratada con antibióticos y visitas de revisiones con Pediatría. Calendario vacunal puesto al día una semana antes al administrar el mismo día las vacunas contra el Meningococo C, Hepatitis B, Triple Vírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis) y Varicela.

Antecedentes personales en salud mental

El único contacto previo fue una visita a Urgencias 24 horas antes del ingreso por sintomatología de características maníacas, por lo que se pautaron 5mg de olanzapina / 8h.

Hábitos tóxicos

Tanto el paciente como los familiares los niegan.

Enfermedad actual

Varón de 17 años que acude por segunda vez en 24 horas al servicio de Urgencias acompañado por ambos progenitores tras observar insomnio global de 1 semana de duración junto a comportamientos apragmáticos (regalar ropa y objetos a desconocidos). Tras la primera visita, en que se pauta olanzapina 5mg / 8h, la sintomatología se agrava y resulta imposible la contención domiciliaria. En el momento de la evaluación presenta un discurso que la familia describe como extraño en el que dice ser un cantante de rap, famoso y rico junto con otras frases incoherentes. La madre destaca dos acontecimientos estresantes que relaciona con el cuadro actual:

- Dos semanas antes el paciente tuvo un altercado con unas chicas por la calle en el que se intercambiaron palabras agresivas tras el cual estuvo preocupado varios días
- 1 semana antes se le administró al paciente, en el mismo día, las vacunas contra el Meningococo C, Hepatitis B, Triple Vírica y Varicela. Tras la inmunización, ambos progenitores refieren un cambio radical en su comportamiento a las 12 horas de la administración. Esa misma noche presenta insomnio por primera vez. Posteriormente el cuadro ha ido empeorando con el paso de los días.

Debido a la gran agitación psicomotriz que presenta en el servicio de Urgencias, se administra una ampolla de 10mg de olanzapina intramuscular que resulta efectiva. Posteriormente, tras la realización de una Tomografía Axial Computerizada (TAC) craneal que no detecta hallazgos patológicos, se decide ingreso hospitalario en Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil. Mantiene las constantes vitales dentro de la normalidad.

Posteriormente, la hermana mayor aporta información que resulta especialmente importante: Explica un aislamiento social del paciente de 4-5 meses de evolución en el que pasaba muchas horas en internet o con el móvil y apenas salía del domicilio. Expone también respuestas altamente irritables que eran impropias del carácter del paciente a quien describen como tranquilo y respetuoso. Puntualmente había hecho alguna verbalización sobre ganarse la vida cantando o hacerse famoso. Toda la familia coincide en señalar que a las 12 horas de la vacunación comienza un cambio radical con importante insomnio y desorganización conductual.

Exploración psicopatológica al ingreso

Consciente y vigil. Orientado en las 3 esferas. Biotipo normal. Contacto hipertímico. Poco colaborador, presentando inquietud, hostilidad e irritabilidad durante la evaluación. Importante barrera idiomática por lo que traduce la madre. Discurso fluido, verborreico y saltigrado pero sin presión del habla, en el que verbaliza ideación delirante de contenido megalomaniaco (dice tener mucho dinero, relacionarse con famosos, tener sus capacidades físicas aumentadas) con interrupciones que impresionan de bloqueos del pensamiento. Presenta risas inmotivadas que se alternan con quejidos inespecíficos. Describe autorreferencias en la escuela y en la calle (gente desconocida que le insulta). No pueden descartarse alteraciones sensorio-perceptivas. Niega ideación auto / heteroagresiva. Niega ideación tanático-suicida. Niega insomnio y refiere dormir bien. Nula conciencia de enfermedad con capacidades volitivas abolidas.

Evolución

A las 24h del ingreso, tras unas primeras horas expansivo y verborreico junto con la desorganización conductual descrita, el paciente presentó un pico febril (38.5°C) y asoció un breve estado confusional con fluctuación del nivel de conciencia y tendencia a una marcada somnolencia que dura 48h. Debido a las

dudas diagnósticas y del origen etiológico del cuadro, no se administraron psicofármacos (salvo una ampolla de olanzapina intramuscular, ya referida en urgencias y otra de zuclopentixol el primer día del ingreso). Se mantuvo una actitud expectante con observación y sólo precisó medicación para conciliar el sueño. Teniendo en cuenta la información aportada por la familia en cuanto al comienzo de la sintomatología y la atipicidad del cuadro clínico, se instaura la sospecha diagnóstica de una encefalitis post-vacunal.

Con el objetivo de descartar dicho diagnóstico y realizar un diagnóstico diferencial frente a un episodio maniaco se solicitan exploraciones complementarias entre las que se incluyen una Resonancia Magnética (RMN) cerebral. Por parte del servicio de Neurología queda descartado el diagnóstico de encefalitis tras no objetivarse alteraciones en dicha RMN (y la normalidad del electroencefalograma). A medida que los resultados del resto de pruebas complementarias van resultando negativos para la sospecha mejora la condición física del paciente y desaparece la fiebre, pero persiste un cuadro psicopatológicamente compatible con episodio maniaco: presenta marcada inquietud psicomotriz, distraibilidad, discurso ideofugal, lenguaje soez y conductas sexualmente desinhibidas. También persiste ideación delirante megalomaniaca (ser rico y famoso, casarse con 4 mujeres, comprar coches de alta gama). En ese momento, tras 6 días de ingreso, se instaura tratamiento con olanzapina (hasta 20mg/d) y tras las primeras dosis se asocia biperideno por cuadro de distonía lingual y cervical (que no vuelve a repetirse en lo que dura el ingreso). La mejoría a partir de ese momento es rápida, se recupera el ritmo vigilia-sueño y tanto las conductas como el discurso son progresivamente más ajustados. Se realizan varios permisos domiciliarios que resultan satisfactorios tanto para el paciente como para la familia.

Dado que la respuesta del episodio maniaco a los psicofármacos es rápida y bien tolerada, se decide alta hospitalaria manteniendo tratamiento con olanzapina 10mg/12h y se deriva al paciente a Unidad de Salud Mental de referencia para iniciar seguimiento ambulatorio.

Tras un periodo de 12 meses, posteriores al ingreso, de estabilidad clínica con adherencia al tratamiento y realizando correctamente el seguimiento propuesto por su psiquiatra de referencia se retiran los psicofármacos. Tras 24 meses de dicha retirada el paciente continúa estable, realiza una vida normal para su edad y no ha vuelto a presentar alteraciones psicopatológicas.

Exploraciones complementarias realizadas durante el ingreso

Por tratarse de un primer episodio psicótico sin antecedentes de interés, con un pico febril y marcada somnolencia se realizan las siguientes pruebas complementarias para descartar un origen somático.

- Analítica sanguínea: Hemograma normal en sus tres series. Bioquímica sanguínea: Perfil hidrocarbonado, lipídico, hepático y renal dentro de la normalidad. Hormonas tiroideas y prolactina basal con parámetros dentro de la normalidad.
- Hemocultivos: Negativos.
- Sedimento de orina: Sin alteraciones significativas en el sedimento
- Test de tóxicos en orina: Negativo.
- Electrocardiograma: Se objetiva QRS ancho por lo que se realiza interconsulta a Cardiología quien recomienda realización de ecocardiograma.
- Ecocardiograma: No se objetivan alteraciones patológicas. Se concluye que la alteración del QRS puede deberse a la complejidad delgada del paciente y se descarta cardiopatía estructural.
- Electroencefalograma (EEG): resultados dentro de la normalidad.
- TC craneal: informado sin alteraciones significativas.
- RNM cerebral: informada sin alteraciones significativas.

DISCUSIÓN

En el caso que nos ocupa, tanto la clínica que presentaba el paciente al ingreso, la ausencia de

antecedentes personales y familiares psiquiátricos, la ausencia de consumo de tóxicos como la anamnesis familiar apuntaban a que se trataba de la aparición de un primer episodio maniaco que tenía como único factor desencadenante la administración de cuatro vacunas 12 horas antes del inicio del cuadro, una semana antes de acudir a urgencias. Este caso clínico refleja la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, siendo conveniente descartar en primer lugar patología orgánica mediante la realización de pruebas complementarias. La falta de exploración del estado mental, así como de la recogida de una historia clínica completa en el centro de salud, antes de administrarle las vacunas, hizo pasar desapercibido un posible cuadro prodrómico de aislamiento de varios meses de evolución.

Debemos tener en consideración que algunos estudios han señalado un agravamiento de sintomatología afectiva con el uso de antipsicóticos atípicos (risperidona; olanzapina, quetiapina, amisulpride, aripiprazol, ziprasidona, paliperidona, perospirona, zotepina) e incluso se ha descrito la capacidad de dichos fármacos para inducir síntomas de hipomanía y manía (7,8,9). Por ello, esta sería una hipótesis a valorar en nuestro caso. Sin embargo, analizando los casos concretos supuestamente inducidos por olanzapina en dichos trabajos se aprecia que o bien las dosis empleadas son más altas (entre 10 y 20mg) o bien el intervalo de tiempo hasta la aparición de los síntomas (a partir de 1 semana) es mayor que en nuestro caso (8). Asimismo, las características clínicas de los casos difieren del nuestro pues todos tomaban alguna otra medicación y no predominaba la sintomatología afectiva. Por otra parte, en revisiones más recientes como la de Benyamina se concluye que los ensayos clínicos bien diseñados sugieren que esta inducción de síntomas es un fenómeno marginal (9).

Entre los artículos que hablan de la posible asociación temporal entre trastornos neuropsiquiátricos y la administración de vacunas en población infanto-juvenil, destaca el de Leslie y colaboradores. A pesar de que se apunta hacia una posible relación temporal en algunos de estos trastornos no consiguieron demostrar una relación causal entre la etiología y

patogénesis de éstos y la presencia de antecedentes de infecciones o vacunas previas (1,2,3).

En nuestro caso observamos que, si bien neurología consideró descartado el origen orgánico del cuadro realizando una RMN cerebral y un EEG como pruebas complementarias, no se completó el diagnóstico diferencial con una punción lumbar a pesar de que pudiese tratarse de algún proceso infeccioso o autoinmune como podría ser el caso de una encefalitis postvacunal. Por otro lado, el caso se orientó y se trató desde el punto de vista psiquiátrico desde el primer momento lo que pudo influir en la realización de un correcto diagnóstico diferencial, algo que es por otro lado frecuente en los cuadros que debutan con sintomatología neuropsiquiátrica florida, la cual tiende a retrasar el diagnóstico de cuadros de origen orgánico potencialmente peligrosos para la vida del paciente.

Centrándonos en la encefalitis postvacunal, tras haberse descrito en diversos casos clínicos, se han propuesto dos posibles mecanismos etiopatógenos. En primer lugar, el infeccioso por una inmunización infestante consecuencia de una viremia tras administración de virus vivos atenuados, la cual se ha descrito en casos aislados de vacunaciones de rubeola y sarampión. En segundo lugar, también se ha descrito el mecanismo autoinmune explicado por la teoría del mimetismo molecular con la consecuente generación de autoanticuerpos por reacciones cruzadas (10).

Cabe destacar también que los procesos celulares y moleculares que constituyen nuestro sistema inmune son también cruciales para el correcto desarrollo cerebral y la formación de circuitos neuronales. Resulta evidente que el sistema inmune juega un papel clave en la fisiopatología de muchos trastornos neuropsiquiátricos y neurodegenerativos (11) por lo que también nos planteamos la posibilidad de que la inmunización recibida en nuestro caso haya actuado como un precipitante del episodio maniaco en un paciente que estuviese en una fase prodrómica durante los meses previos.

A pesar de la ausencia de hallazgos patológicos en las exploraciones complementarias que se

realizaron y aunque en la literatura científica no se haya demostrado una asociación temporal, a día de hoy no podemos aceptar ni descartar con certeza que pudiera haberse tratado de una encefalitis postvacunal dado que no contamos con la serología infecciosa o un estudio de anticuerpos en líquido cefalorraquídeo. Cabe destacar que llama la atención el largo periodo de estabilidad tras el ingreso, habiendo pasado 36 meses en total sin alteraciones psicopatológicas y de estos, 24 sin tratamiento ni seguimiento ambulatorio lo cual va en contra de un diagnóstico psiquiátrico primario. Además, según cuenta la familia, el paciente ha mantenido y mantiene un funcionamiento absolutamente normal para una persona de su edad lo que refuerza la posibilidad de que se tratara de un episodio con un origen orgánico y autolimitado.

Nos gustaría señalar que dentro de las encefalitis autoinmunes mediadas por anticuerpos neuronales la más frecuente y mejor estudiada hasta la fecha es la encefalitis por anticuerpos contra el receptor de ácido N-metil-D-aspartico (NMDA), que afecta a pacientes jóvenes y puede confundirse con un episodio psicótico (con o sin síntomas afectivos) agudo (12). La presentación clínica de estos cuadros asocia síntomas psiquiátricos (psicosis, agitación, alucinaciones, verborrea, manía, mutismo, insomnio, déficits amnésicos) frecuentemente con crisis epilépticas, junto a alteraciones del movimiento (discinesias, coreoatetosis, distonía, rigidez e incluso opistótonos) y alteraciones autonómicas (hipertermia, taquicardia, sialorrea, fluctuaciones de la presión arterial y menos frecuentemente bradicardia). Los episodios de agitación suelen alternar con estados catatónicos y el cuadro clínico puede acabar en coma. El 50% de los pacientes necesitan soporte ventilatorio mecánico debido a hipoventilación central. Dado que el 10% de los pacientes que poseen una encefalitis contra el receptor NMDA no posee anticuerpos detectables en el suero, el diagnóstico definitivo requiere, además de la presencia de características clínicas, anticuerpos IgG anti-GluN1 en líquido cefalorraquídeo, tras la exclusión razonable de otros trastornos (12,13).

Por último, cabe señalar que en nuestro caso nos encontramos ante un joven inmigrante que contaba con un calendario vacunal incompleto y al que se le administraron todas las vacunas que debía haber recibido en los años previos de forma simultánea. Al revisar los adecuados intervalos de administración entre las dosis de diferentes vacunas hemos encontrado que, según la Asociación Española de Pediatría, la administración simultánea de las vacunas de indicación habitual para cada edad pediátrica es segura, recomendable y efectiva. Además, debería ser, de modo ineludible, la primera opción cuando esté en riesgo el cumplimiento de los calendarios de vacunaciones estándares o acelerados (14), que sería nuestro caso.

CONCLUSIONES

A pesar de que la Asociación Española de Pediatría considera adecuada la administración simultánea de vacunas, la hipótesis que barajamos como más probable en este caso que nos atañe es que el efecto sumatorio de los antígenos inoculados en un joven que pudiera encontrarse en una fase prodrómica podría haber propiciado una excesiva activación de su sistema inmune que justificara en primer lugar la presencia de un pico febril al ingreso y en segundo lugar hubiera actuado como precipitante de la aparición de un primer episodio maniaco.

La escasez de literatura científica sobre la influencia de la correcta vacunación y la aparición de trastornos mentales añade dificultad para su correcta comprensión y abordaje terapéutico. Con la presentación de este caso tratamos de aportar un poco de conocimiento al asunto, así como plantear la necesidad de futuros estudios en este campo.

No obstante, a pesar del caso clínico expuesto y para concluir, los autores consideramos necesario manifestar nuestra firme convicción y recomendación de cumplimentar adecuadamente el calendario vacunal en los lactantes, niños y adolescentes. Los efectos secundarios graves tras vacunaciones no han quedado claramente demostrados hasta la fecha;

sin embargo, lo que sí ha quedado ampliamente demostrado es que la inmunidad adquirida es uno de los mayores logros de la medicina que ha ayudado a erradicar enfermedades potencialmente mortales para las que no existían cura. El incumplimiento del calendario vacunal, aunque sea por una pequeña parte de la sociedad, pone en riesgo la salud colectiva.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Smith M, Peacock G, Uyeki TM, Moore C. Influenza vaccination in children with neurologic or neurodevelopmental disorders. *Vaccine*. 2015;33(20): 2322–2327. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.03.050>
2. Leslie DL, Kobre RA, Richmand BJ, Aktan Guloksuz S and Leckman JF. Temporal association of certain neuropsychiatric disorders following vaccination of children and adolescents: A pilot case-control study. *Front Psychiatry*. 2017;8: 3. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00003>
3. Zerbo O, Qian Y, Yoshida C, Fireman BH, Klein NP, Croen LA. Association between influenza infection and vaccination during pregnancy and risk of autism spectrum disorder. *JAMA Pediatr*. 2017;171(1): e163609. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.3609>
4. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*. 1998;351:637–641 [RETRACTED ARTICLE].
5. Taylor B, Miller E et al. Autism and measles, mumps and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* 1999; 353: 2026–2029. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)01239-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)01239-8)

6. Aquino F, Donzelli G, De Franco E, Privitera G, Lopalco PL, Carducci A. The web and public confidence in MMR vaccination in Italy. *Vaccine*. 2017;35(35 Pt B): 4494–4498. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.07.029>
7. Rachid F, Bertschy G, Bondolfi G, Aubry JM. Possible induction of mania or hypomania by atypical antipsychotics: an updated review of reported cases. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11): 1537–1545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1116>
8. Michalopoulou PG, Lykouras L. Manic/hypomanic symptoms induced by atypical antipsychotics: a review of the reported cases. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006;30(4): 549–564. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.026>
9. Benyamina A, Samalin L. Atypical antipsychotic-induced mania/hypomania: a review of recent case reports and clinical studies. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2012;16(1): 2–7. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.605957>
10. Domínguez R, Olán R, Gutiérrez JL, Mena R, Reyes de la Cruz A. Encefalomiелitis diseminada aguda postinfecciosa y postvacunal: casos clínicos y revisión de la literatura. *RevMexNeuroci*. 2013; 14: 89–93. <https://www.medigraphic.com/pdfs/>
11. Leckman JF, Vaccarino FM. Editorial commentary: “what does immunology have to do with brain development and neuropsychiatric disorders?” *Brain Res*. 2015; 1617: 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2014.09.052>
12. Guasp M, Dalmau J. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor de NMDA. *Med Clin (Barc)*. 2017; 151(2): 71–79. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.10.015>
13. Gresa-Arribas N, Titulaer MJ, Torrents A, Aguilar E, McCracken L, Leypoldt F, et al. Antibody titres at diagnosis and during follow-up of anti-NMDA receptorencephalitis: A retrospective study. *Lancet Neurol*. 2014;13: 167–77. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(13\)70282-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(13)70282-5)
14. Asociación Española de Pediatría. Manual de Vacunas en Línea de la AEP. <https://vacunasaep.org/documentos> [Consulta: 18 diciembre 2018].

Despedida a Vicente López-Ibor Camós

J.L. Pedreira Massa



Eran casi las dos de la madrugada, me disponía ir a descansar, me llega un mensaje, lo veo, es de mi amigo Vicente López-Ibor Mayor, me alegro, miro el texto: "...hace una hora falleció mi padre, en paz y rodeado de cariño...", me quedo helado, noto que una lágrima rebelde recorre mi rostro, no tengo palabras, mi corazón se sobrecoge y, una vez más en solo tres semanas, me embarga la tristeza. Esa tristeza profunda, fría, que atenaza la razón y la garganta. Es dolor, dolor, solo dolor, nada más y nada menos que dolor interno, del que te desgarras por dentro.

Rápido me sobrepongo porque aparece en mi mente Juana, su sonrisa, su calidez, siempre acompañaba a Vicente y nos acogía con una palabra amable, la justa y medida palabra del "savoir faire". Siempre nos toleró en su casa a los "petardos" de los amigos profesionales de Vicente, sin un mal gesto, con una actitud receptiva y cariñosa que ensalzaba al propio Vicente. En esa casa te hacían sentir importante por el exquisito trato, por la cordialidad, por la nobleza de corazón, por la elegancia, por el cariño y el respeto. No importaba cómo sino más bien quién eras y, sobre todo, cómo eras. Vicente y Juana te acogían, te sentías querido. Luego estaba la familia unida en torno al "pare", resumaba una unidad afectiva muy especial, cada uno con su particularidad, pero toda ella expresando esos valores educativos y culturales de esas figuras parentales tan presentes.

En el salón de mi casa tengo una foto con Vicente y con Juana, al fondo se ve a Vicente hijo. Miré la foto y la emoción me estrujaba por dentro...

Vicente era un médico de los de siempre, plagado de virtudes humanas y humanistas, preocupado por el tener que saber lo que acontecía en su profesión. Era un apasionado de la Psiquiatría de la infancia y la adolescencia, toda su vida profesional luchó porque la especialidad fuera un hecho real, se notaba cómo era cuando te derivaba un paciente, primero te llamaba, señalaba lo que le preocupaba y te pedía que le atendieras con interés y luego, siempre, siempre, te daba las gracias. Fue presidente de la Asociación de Psiquiatría infanto-juvenil, con su serenidad, rigor y elegancia supo integrar a todas las tendencias, creó la comisión Científica de

la Sociedad y a los que nos propuso formar parte nos remitió una deliciosa carta que aún conservo "... te ruego que aceptes la propuesta, realizada por tus cualidades científicas, profesionales y humanas..." ¿sabrán muchos dirigentes presentar una petición con tanta ilusión, tanto respeto y tanto cariño? Además, fundó la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil, en conjunto con el Prof. Josep Tomás i Vilaltella y con José Luis Alcázar. Por si fuera poco, supo contribuir a la creación de la Coordinadora de Sociedades de Psiquiatría y Salud Mental de la infancia y la adolescencia con el fin de unificar criterios para conseguir la tan ansiada especialidad. Asistía a los Congresos y allí saludaba con cariño a todos, se sentaba en la primera fila a escuchar respetuosamente las intervenciones y sus preguntas eran un manual de clase y reconocimiento al ponente y su trabajo, tuviera el rango profesional que tuviera. Cuando se jubiló de la Fundación Jiménez Díaz, donde trabajó con Pepe Rayo, no abandonó de estar al día y seguía acudiendo a actos científicos y profesionales.

Con ocasión de su 80 cumpleaños su familia decide hacerle un homenaje profesional, Vicente hijo me propone, por medio de José Luis Alcázar, que sea el coordinador de un libro en el que participaríamos todos los que habíamos tenido que ver con Vicente a lo largo de su fructífera carrera profesional. Fue una de las tareas más importantes de mi vida profesional porque todos los invitados participaron de buen grado, porque había gente tan importante como el Prof. Federico Mayor Zaragoza que disciplinadamente cumplió con las normas. La presentación del libro fue un hito donde se reunió la gente más diversa del mundo profesional y del mundo social, Lola Moreno lo describió como "un acto irrepetible con una participación de gente tan diversa que hay que verlo". Vicente no solo nos unificó para ese evento, sino que además gané un amigo: Vicente hijo, al menos, tan cordial, elegante e inteligente como su padre. Unos años más tarde constituimos el Aula Abierta Permanente para la Formación en Trastornos Mentales de la Infancia y la Adolescencia Vicente López-Ibor Camós, tuve el honor de ser propuesto como su director, el acto de constitución fue otro hito de asistencia y reconocimiento, incluida la presencia de Federico Mayor, a las actividades que realizamos acudía Vicente, sobre todo a las más novedosas como la ciberadicción y el ciberacoso en la infancia y la adolescencia, acudía como si fuera un recién titulado, con la misma ilusión y capacidad de atención.

En 1979, siendo yo R-3 de Psiquiatría Infantil en la Clínica Infantil La Paz, como entonces la denominábamos, acudí con mi jefa, la Dra. Flora Prieto Huesca, al Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras en Madrid, se celebró en el Palacio de Congresos de la Castellana, los organizadores de ese Congreso fueron Francisco Mendiguchía y Vicente López-Ibor. Los dos con satisfacción me dijeron "cuando termines la residencia serás el primer titulado en Psiquiatría Infantil", sí estaba en la propuesta, pero aquello se atrasó que me he jubilado y aún no tenemos la especialidad. Pero el cariño, la ilusión y el entusiasmo de Paco y Vicente no lo podré olvidar nunca. Este país de amnésicos interesados olvidan a estas personas y parece que todo es de ahora, con creacionistas o adanistas en el afán de negar lo precedente, así nos va. Vicente siempre les escuchaba, aunque no le gustara lo que decían, pero callaba, movía la cabeza, se preocupaba y se guardaba la desagradable sensación de ver a estos desmemoriados prepotentes aspirantes al poder. Ya quedamos pocos, por desgracia, para dar cuenta de lo precedente y nos silencian, igual que a tí.

Si hay algo a resaltar de Vicente es su faceta humana y humanista, una persona inteligente, culta, elegante, discreto y afectivo con sus amigos, eran cualidades que adornaban a alguien que lo que mejor le describe es decir que fue una buena persona, muy buena persona.

No voy a poder acudir a despedirle por el confinamiento de esta maldita pandemia. Me fastidia no hacerlo, no dar un abrazo a Juana, a Vicente, a Carlos y al resto de esa familia amiga. Me quedo triste y dolorido.

Adiós Vicente, hasta siempre, que la tierra te sea leve...

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.