



# Infanto-Juvenil

Volumen 40 • Número 2 • 2023

## EDITORIAL

### El tiempo pasa

Inmaculada Baeza ..... 1

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Repercusión de la pandemia por SARS-CoV2 en la salud mental de los adolescentes. Ideación e intentos autolíticos

C. de Miguel Cáceres, C. Gómez Domínguez, M. Bueno Barriocanal,  
I. González Bertolín, A. Ortiz Vázquez y M. A. Molina Gutiérrez ..... 2

### Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes

María Victoria López-Sánchez, José Antonio López-Villalobos,  
Isabel Serrano Pintado y Jesús María Andrés de Llano ..... 11

### Los beneficios del yoga en un entorno comunitario para adolescentes que asisten a un hospital de día de salud mental

Laura Hermida-Barros, Pilar Santamarina-Perez, Alicia Beltran,  
Yeray Pastor, Elías Guillen y Astrid Morer ..... 23

### Traducción y Adaptación en Español del Manual de Emociones Expresadas para Trastorno del Espectro Autista y otros Trastornos Relacionados

Ester Marín-Gámez, Inmaculada Navas-Domenech, Isabel Hernández-Otero,  
Almudena Ramírez-Martín, Fermín Mayoral-Cleires, Miguel A. Barbancho-Fernández,  
J. Pablo Lara-Muñoz y Marina Romero-González ..... 27

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 55

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512  
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2023,40(2)

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

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Directora

*Ana E. Ortiz García*

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

### Secretaría

*Paloma Varela Casal*

Hospital de Mataró, Barcelona, España.  
[secretaria.revista@aepnya.org](mailto:secretaria.revista@aepnya.org)

## COMITÉ EDITORIAL

*Antía Brañas*

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

*Carmen Moreno*

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

*César Soutullo*

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

*Covadonga Martínez Díaz-Caneja*

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

*Ernesto Cañabate*

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

*Francisco Montañés Rada*

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

*Francisco Rafael de la Peña Olvera*

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

*Helena Romero Escobar*

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

*Inmaculada Baeza Pertegaz*

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

*José Salavert Jiménez*

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

*Pedro Manuel Ruíz Lázaro*

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

*Victor Carrión*

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

*Víctor Pereira-Sánchez*

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

## INDIZADA EN:

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

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

Secretaría Técnica AEPNYA  
[secretaria.tecnica@aepnya.org](mailto:secretaria.tecnica@aepnya.org)

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

## SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

**Inmaculada Baeza** 

Hospital Clínic de Barcelona, Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica-IDIBAPS, CIBERSAM-ISCIII, Universitat de Barcelona, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v40n2a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n2a1)

Correo electrónico: [ibaeza@clinic.cat](mailto:ibaeza@clinic.cat)

---

## *El tiempo pasa*

Era el otoño del año 2018 cuando se me propuso hacerme cargo de la tarea de dirección de la Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil. Aquella revista que yo recibía puntualmente en mi domicilio varias veces al año y que solía hojear para buscar un caso clínico o un artículo que me llamara la atención, aquella misma, iba a tener que encaminarla en tiempos de cambio. Había que pasar del tradicional papel a la digitalización, para convertirse en una revista online de acceso abierto. Todo un reto.

Ahora, en el primer semestre de 2023, han pasado cuatro años de aquel momento, y cual legislatura en el parlamento, esta vez he sido yo la que he propuesto un cambio, y así renovar quien lidera esta tarea tan interesante, importante y exigente que es, dirigir la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil.

Interesante porque te lleva a conocer la cara B —siguiendo el símil de los antiguos discos de vinilo— de la publicación de un artículo: comprobar si se siguen las normas de la revista al enviar el manuscrito, buscar revisores adecuados a cada tema, chequear aspectos éticos, ir al acecho de posibles autores de artículos, en fin, muchos granitos de arena que conforman cada artículo.

Importante porque representa la voz de los socios de la Asociación Española de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (AEPNYA) y también de los no asociados, todos ellos con ganas de publicar aquellos casos clínicos “distintos”, así como artículos de

investigación originales o de revisión con los que aumentar el conocimiento de toda la comunidad de habla hispana, profesionales de la salud mental que tenemos en común la lengua española, una magnífica herramienta de comunicación.

Exigente porque necesita tiempo de dedicación para poder gestionar los artículos, coordinar el comité editorial y poder, al mismo tiempo, ganar en calidad de los artículos publicados y de los compromisos editoriales de la revista. Es una tarea pendiente conseguir que la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil esté indizada en bases de datos de revistas de prestigio, que ayude a visibilizar la revista y la información de los artículos que se publican.

Y este 2023 nos ha traído una nueva directora de la revista, la Dra. Ana E. Ortiz, compañera de profesión y de lugar de formación y trabajo, el Hospital Clínic de Barcelona. Ella ya ha empezado a comandar la revista, con la ayuda inestimable de todos los miembros del comité editorial. Estoy segura de que la Dra. Ortiz podrá añadir a esta interesante, importante y exigente tarea, muchos más adjetivos que la hagan más atractiva y motivante para todo aquel que venga posteriormente a realizarla.

Os quiero agradecer enormemente a todos los que habéis colaborado durante estos años en esta labor: la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil se construye entre todos.

C. de Miguel Cáceres <sup>1</sup> \*   
C. Gómez Domínguez <sup>2</sup>   
M. Bueno Barriocanal <sup>1</sup>   
I. González Bertolín <sup>1</sup>   
A. Ortiz Vázquez <sup>3</sup>   
M. A. Molina Gutiérrez <sup>1</sup> 

1. Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.  
2. MIR Pediatría y Áreas específicas, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España.  
3. Servicio de Paidopsiquiatría, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Dra. Cristina de Miguel Cáceres  
Correo: [cristina.demiguel@salud.madrid.org](mailto:cristina.demiguel@salud.madrid.org)

*Repercusión de la pandemia por SARS-CoV2 en la salud mental de los adolescentes. Ideación e intentos autolíticos*

*Impact of SARS-CoV2 pandemic in teenagers mental health. Suicide ideation and attempts*

## RESUMEN

**Introducción:** Una de las mayores preocupaciones desde que comenzó la pandemia por COVID-19, han sido las posibles consecuencias sobre la salud mental. **Objetivo:** La finalidad de este estudio es comparar la incidencia y características de los casos que acudieron al Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) de un hospital terciario por ideación/tentativa autolítica en el año previo a la pandemia por SARS-COV2 (2019), con aquellos atendidos durante la misma (2020-2021). **Material y método:** Estudio retrospectivo observacional incluyendo a los pacientes <18 años atendidos en el SUP por ideación/intento autolítico desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021. **Resultados:** Durante el periodo de estudio, fueron atendidos 54 consultas por ideación/intento autolítico. La incidencia anual fue prácticamente idéntica en 2019 y 2020 [11 (0,02% del total de urgencias) y 12 casos (0,03%) respectivamente], elevándose la cifra a 31 episodios (0,15%) en 2021 con dos picos de incidencia: a principios del año (enero-febrero) y al comienzo del curso escolar (septiembre-octubre). El 85,1% de los casos fueron mujeres, 72,2% de etnia caucásica/europea. La edad media fue de 14,2 años (DS:1,3). El 37% presentaba antecedentes

## ABSTRACT

**Background:** One of the major concerns since the start of the COVID-19 pandemic has been the possible consequences on mental health. **Objective:** The aim of this study is to compare the incidence and characteristics of cases attending to the Paediatric Emergency Department (PED) of a tertiary hospital for self-harm ideation/attempt in the year prior to the SARS-COV2 pandemic (2019) with those seen during the pandemic (2020-2021). **Material and method:** Retrospective observational study including patients <18 years seen in the ED for suicidal ideation/attempt from January 2019 to December 2021. **Results:** During the study period, 54 consultations for suicidal ideation/attempt were attended. The annual incidence was almost identical in 2019 and 2020 [11 (0.02% of total EDs) and 12 cases (0.03%) respectively], rising to 31 episodes (0.15%) in 2021 with two peaks of incidence: at the beginning of the year (January-February) and at the beginning of the school year (September-October). 85.1% of cases were female, 72.2% of Caucasian/European ethnicity. The mean age was 14.2 years (SD: 1.3). 37% had a history of self-harm, 81.4% had

autolíticos, 81,4% patología psiquiátrica/psicológica y 42,5% disfunción familiar. El 83,3% de los episodios fueron tentativas de suicidio. La sobreingesta tóxica/medicamentosa fue el método más frecuente (62,2%), principalmente mediante psicofármacos. **Conclusiones:** En el segundo año desde el inicio de la pandemia se objetiva un incremento llamativo de las urgencias psiquiátricas por ideación/intento autolítico que podría evidenciar el impacto de la misma en la salud mental de los niños y adolescentes.

**Palabras clave:** COVID-19, pandemia, epidemia, salud mental, adolescentes.

psychiatric/psychological pathology and 42.5% had family dysfunction. Suicide attempts accounted for 83.3% of the episodes. Toxic/medication overeating was the most frequent method (62.2%), mainly by psychotropic drugs. **Conclusions:** In the second year since the start of the pandemic, a striking increase in psychiatric emergencies for suicidal ideation/ attempts was observed, which could be evidence of the impact of the pandemic on the mental health of children and adolescents.

**Keywords:** COVID-19, pandemic, epidemic, mental health, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

Una de las mayores preocupaciones desde que comenzó la pandemia por COVID-19, ha sido cuál sería su repercusión en la salud mental de la población. En este sentido, existen múltiples trabajos que anticiparon un incremento de las tasas de suicidio, tal y como sucedió en escenarios previos similares como la pandemia de la gripe española durante los años 1918-1919 y en 2003 con el síndrome respiratorio agudo grave (SARS) (1,2).

Los estudios en adultos ofrecen resultados contradictorios respecto al efecto de la pandemia por SARS-CoV2 sobre las tasas de suicidio (3-7). Los resultados obtenidos en 21 países (incluido España) durante los primeros meses de la pandemia en el estudio colaborativo llevado a cabo por Pirkis, mostraron que el número de suicidios observado no fue significativamente mayor que el número de suicidios esperado, tanto por países como por áreas dentro de dichos países (8). En contraposición, un estudio de población adulta desarrollado en Japón de 2017 a 2020, muestra elevación de las tasas de suicidio en fases posteriores de la pandemia (julio a octubre de 2020), sobre todo en el subgrupo de mujeres menores de 40 años (9).

Respecto a los menores de 18 años, encontramos un incremento estadísticamente significativo en la tasa de ideación/intento autolítico, como revela el estudio de Jerónimo y colaboradores, en el que se revisaron todos los individuos registrados por ideación suicida o intento suicida en el Código de Riesgo de Suicidio (CRS) de la ciudad de Barcelona desde el 1 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2021, observándose un incremento de dicha tasa del 573,8% en los menores de 18 años en mayo de 2021 (7). La Fundación de Atención de Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) atendió un 180% más de llamadas por autolesiones y 145% más de llamadas de menores por ideas/intentos autolíticos respecto a los dos años anteriores (10). Así mismo, según el informe elaborado anualmente por el Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Española para la prevención del suicidio, en el año 2021 nuestro país alcanzó un máximo histórico de fallecimientos por suicidio hasta el momento, con una media de casi 11 personas al día siendo el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos (año 1906). Y en cuanto a la población infantil, en 2021 también se registró una cifra histórica de suicidios en menores de 15 años, con 22 muertes (11).

Sin embargo, existen escasos estudios españoles que aporten datos sobre la repercusión

4

de la pandemia por SARS-CoV2 en la incidencia de ideación/tentativa autolítica en población pediátrica. Los reducidos estudios disponibles están realizados durante cortos periodos y no describen las características epidemiológicas, los antecedentes personales o el tipo de tentativa.

El objetivo principal de nuestro estudio es comparar la incidencia y características de los casos atendidos en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) por ideación/tentativa autolítica en 2019 (año previo a la pandemia), con los atendidos en 2020 y 2021 (durante la pandemia por COVID-19).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional, realizado en SUP de un Hospital Universitario de tercer nivel que cuenta con asistencia psiquiátrica de urgencias. Se incluyó a todos los pacientes atendidos por ideación/intento autolítico, con edades comprendidas entre 0 y 16 años, durante un periodo de estudio de 3 años (desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021). Fueron también incluidos aquellos pacientes mayores de 16 años y menores de 18 años que estuvieran en seguimiento por psiquiatría en nuestro centro (entendiéndose como tal, los pacientes que iniciaron el seguimiento en paidopsiquiatría antes de los 16 años). El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del hospital.

Fueron excluidos del estudio los pacientes con tentativas autolíticas que ingresaron directamente en la unidad de cuidados intensivos derivados de otros hospitales sin ser atendidos en urgencias, y aquellos pacientes que acudieron por autoagresividad sin ideación autolítica asociada.

La recogida de datos se efectuó mediante revisión sistemática de las historias clínicas. Posteriormente, se realizó un análisis comparativo entre el periodo de enero a diciembre de 2019 y enero de 2020 a diciembre de 2021 (durante la pandemia por SARS-CoV2).

Se analizaron variables epidemiológicas (edad, sexo), factores de riesgo asociados (consumo de sustancias psicoactivas, disfuncionalidad familiar, problemas escolares, antecedente de ideación e intentos previos de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, antecedente familiar de violencia de género, antecedente familiar de enfermedad mental,

antecedente familiar de maltrato infantil, enfermedad neurológica asociada, trastorno de conducta, trastornos psiquiátricos asociados), descripción del episodio y actitud en Urgencias.

Para el procesamiento estadístico de los datos se empleó el programa estadístico SPSS Statistics® versión 24 (IBM Corp, Nueva York, EE.UU.). Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar las categóricas como frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se compararon por medio de la prueba t de Student, las categóricas por medio de la prueba chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. El nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, fueron atendidos en nuestro servicio de urgencias un total de 54 consultas por ideación o intento autolítico. La incidencia anual de casos fue prácticamente idéntica en 2019 (11 casos; 0,02% del total de consultas a urgencias) y 2020 (12 casos; 0,03% del total de consultas a urgencias). Sin embargo, durante el año 2021 (31 casos; 0,15% del total de consultas a urgencias), registramos un crecimiento porcentual de las consultas por ideación o intento autolítico con relación al año 2019 (*Figura 1*); observándose dos claros picos de incidencia, el primero a principios del año (febrero) y el segundo a comienzos del curso escolar (septiembre a octubre). (*Figura 2*).

El 85,1% de los casos fueron mujeres y un 14,8% varones; mayoritariamente de etnia caucásica/europea (72,2%). La edad media fue de 14,2 años (DS:1,3), sin observarse diferencias significativas en relación al sexo ( $p=0,746$ ).

Uno (1,85%) de los pacientes tenía más de 16 años en el momento de la conducta autolítica, y se incluyó en la muestra ya que se encontraba en seguimiento por paidopsiquiatría (comenzó el seguimiento antes de los 16 años). En relación a sus antecedentes personales, el 37% presentaban antecedentes previos de conductas autolíticas, 81,4% historia de patología psiquiátrica/psicológica y un 42,5% disfunción familiar. La *tabla 1* muestra las características epidemiológicas de los pacientes.

En cuanto a las características de los episodios (Tabla 2), el 83,3% se correspondieron con tentativas de suicidio. La sobreingesta tóxica/medicamentosa fue el mecanismo suicida más frecuente (28/45; 62,2%).

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes (n=54).

|                                               | N (%)     |
|-----------------------------------------------|-----------|
| <b>Distribución por sexo</b>                  |           |
| - Mujeres                                     | 46 (85,1) |
| - Varones                                     | 8 (14,8)  |
| <b>Etnia</b>                                  |           |
| - Caucásico/europeo                           | 39 (72,2) |
| - Latinoamericano                             | 11 (20,4) |
| - Árabe                                       | 2 (3,7)   |
| - Asiática/oriental                           | 2 (3,7)   |
| <b>Distribución por edad</b>                  |           |
| - De 10-14 años                               | 39 (72,2) |
| - De 15-19 años                               | 15 (27,7) |
| <b>Antecedentes personales</b>                |           |
| - Intentos autolíticos previos                | 20 (37)   |
| - Consumo de tóxicos                          | 5 (9,2)   |
| - Disfunción familiar                         | 23 (42,5) |
| - Problemas escolares                         | 17 (31,4) |
| - Antecedente de violencia de género          | 6 (11,1)  |
| - Patología psiquiátrica/psicológica asociada | 44 (81,4) |
| • Trastornos afectivos                        | 37 (68,5) |
| • Trastornos de conducta                      | 10 (18,5) |
| - Patología neurológica asociada              | 0 (0)     |
| <b>Antecedentes familiares</b>                |           |
| • Suicidio                                    | 2 (3,7)   |
| • Enfermedad psiquiátrica                     | 9 (16,6)  |

A excepción de dos casos de ingesta de lejía, el resto de intoxicaciones se correspondieron con ingestas medicamentosas y en un 42,3% (11/26) el número de fármacos implicados fue igual o superior a 2. El grupo farmacológico predominante fueron los psicofármacos (17/26; 65,3%): benzodiacepinas (10/26; 38,4%), antidepresivos (8/26; 30,7%) y antipsicóticos (2/26; 7,6%). El segundo grupo farmacológico fueron los antiinflamatorios no esteroideos (5/26; 19,2%). Al comparar los ocurrido durante los años 2020 y 2021, con lo acontecido en 2019, no se observaron diferencias significativas ni relación al tipo de episodio ( $p=0,513$ ), tipo de tentativa ( $p=0,539$ ) y distribución por sexo ( $p=0,362$ ). (Tabla 3).

Tabla 2. Características del episodio suicida.

|                                                            | N (%)     |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Tipo de conducta suicida</b>                            |           |
| - Suicidio consumado                                       | 0 (0)     |
| - Intento de suicidio                                      | 45 (83,3) |
| • Ingesta de tóxicos/fármacos                              | 28 (51,9) |
| • Precipitación                                            | 8 (14,8)  |
| • Instrumentos cortantes                                   | 5 (9,3)   |
| • Ahorcamiento                                             | 2 (3,7)   |
| • Otros                                                    | 2 (3,7)   |
| - Ideación suicida                                         | 5 (9,3)   |
| - Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente | 4 (7,4)   |
| Heteroagresividad asociada                                 | 6 (11,1)  |
| Componente depresivo asociado                              | 39 (72,2) |
| Ansiedad asociada                                          | 22 (40,7) |

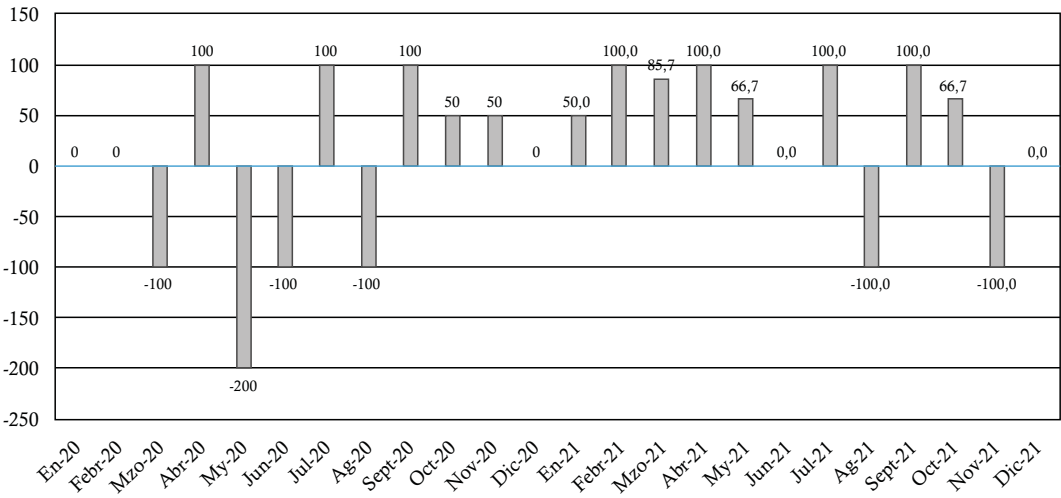
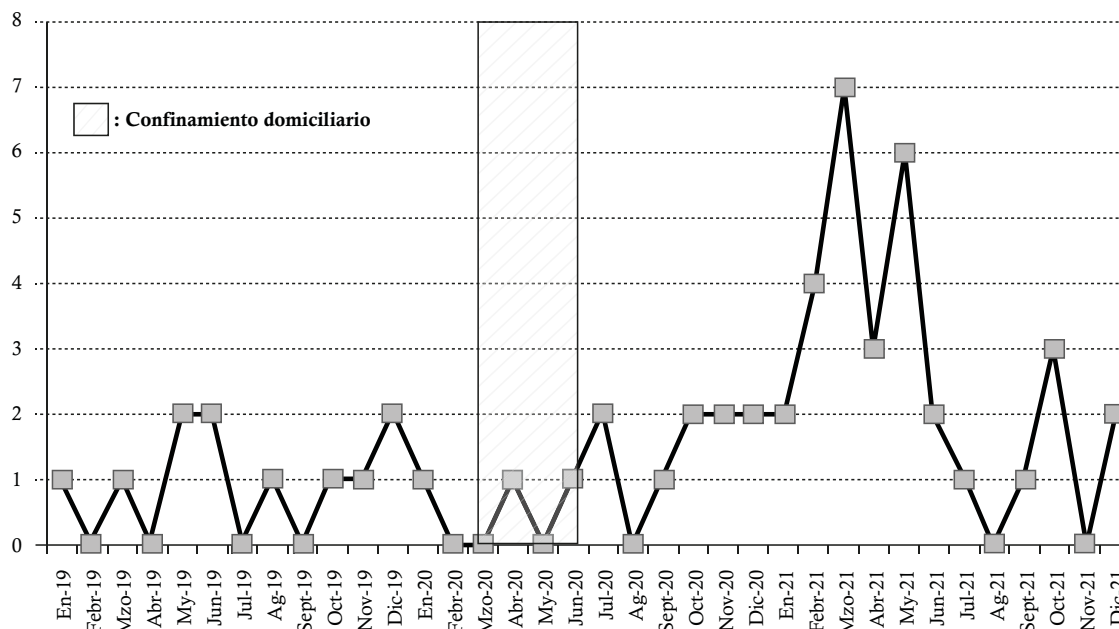


Figura 1. Crecimiento porcentual de la incidencia mensual en relación al año 2019.

6



**Figura 2.** Incidencia mensual de casos desde enero de 2019 hasta diciembre de 2021.

**Tabla 3.** Comparación de las características de las tentativas de suicidio.

|                                         | 2019 |      | 2020 |      | 2021 |      | p     |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
|                                         | n    | %    | n    | %    | n    | %    |       |
| Distribución por sexo                   |      |      |      |      |      |      | 0,362 |
| • Hombre                                | 3    | 37,5 | 2    | 25   | 3    | 37,5 |       |
| • Mujer                                 | 8    | 17,4 | 10   | 21,7 | 28   | 60,9 |       |
| Factores de riesgo                      |      |      |      |      |      |      |       |
| • Disfuncionalidad familiar             | 4    | 36,4 | 6    | 50   | 13   | 41,9 | 0,799 |
| • Problemas en entorno escolar          | 4    | 36,4 | 3    | 25   | 10   | 32,3 | 0,834 |
| • Intentos autolíticos previos          | 3    | 27,3 | 6    | 50   | 11   | 35,5 | 0,510 |
| • Ant. Familiares de Enf. mental        | 2    | 18,2 | 2    | 16,7 | 5    | 16,1 | 0,988 |
| • Trastornos psicológicos/psiquiátricos | 9    | 81,8 | 8    | 66,7 | 27   | 87,1 | 0,302 |
| • Consumo de tóxicos                    | 1    | 9,1  | 1    | 8,3  | 3    | 9,7  | 0,991 |
| Tipo de episodio                        |      |      |      |      |      |      | 0,513 |
| • Actos preparatorios                   | 0    | 0    | 1    | 8,3  | 3    | 9,7  |       |
| • Ideación autolítica                   | 0    | 0    | 2    | 16,7 | 3    | 9,7  |       |
| • Tentativa                             | 11   | 100  | 9    | 75   | 25   | 80,6 |       |
| Tipo de tentativa                       |      |      |      |      |      |      | 0,539 |
| • Ingesta de tóxicos/fármacos           | 6    | 54,5 | 6    | 50   | 16   | 51,6 |       |
| • Precipitación                         | 2    | 18,2 | 2    | 16,7 | 4    | 12,9 |       |
| • Instrumentos cortantes                | 2    | 18,2 | 0    | 0    | 3    | 9,7  |       |
| • Ahorcamiento                          | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 6,5  |       |
| Tasa de hospitalización                 | 5    | 45,5 | 7    | 58,3 | 23   | 74,2 | 0,199 |

## DISCUSIÓN

Desde el inicio de la pandemia, una de las preocupaciones más acuciantes de la comunidad médica ha sido estimar, el impacto de la misma sobre la salud mental tanto en la población general, como en los grupos más vulnerables. Diferentes estudios han señalado tradicionalmente cómo los niños, niñas y adolescentes (NNA) son un colectivo especialmente propenso a experimentar altas tasas de depresión y ansiedad, tanto durante, como después de una pandemia (12). En nuestro estudio se observa un aumento de las consultas por ideación/tentativa autolítica del 0,02% de las consultas en el SUP hasta el 0,15% tras el inicio de la pandemia, sin cambios significativos entre ambos periodos en cuanto al sexo de los pacientes, la edad, los antecedentes o el tipo de tentativa.

Durante la primera etapa, principalmente en el año 2020, en ausencia de la vacuna, se adoptaron una serie de medidas de salud pública para intentar prevenir y reducir la propagación del virus. Estas medidas afectaron de manera muy especial a la población infantil y adolescente: confinamiento domiciliario, cierre de las escuelas y cancelación de las actividades extracurriculares para NNA (que suelen tener lugar fuera de casa y en entornos grupales) y prohibición de viajes y del ocio fuera del domicilio y del núcleo de convivencia, entre otros. A pesar de ello, en estos primeros meses no observamos en nuestra serie un aumento del número de consultas por ideación/tentativa autolítica. Estos datos son acordes a lo encontrado también en estudios internacionales, y se relaciona con el confinamiento estricto inicial (marzo a junio de 2020) que disminuyó las consultas en urgencias por cualquier motivo de consulta. En el caso de los niños escolarizados, la menor exigencia académica en los meses finales del curso (marzo a junio de 2020, coincidentes con los meses de confinamiento estricto) podría también haber facilitado el mantenimiento de las cifras como en el año previo, a pesar de la ansiedad generada por el confinamiento y la inseguridad laboral de los progenitores derivada de la pandemia.

Hemos observado un aumento significativo de los casos de ideación/intento autolítico atendidos en el SUP en 2021 en comparación con los años

prepandemia (2019) y de pandemia “inicial” (2020). Principalmente hay un pico de incidencia de febrero a mayo de 2021 y un segundo pico de casos en octubre de 2021. Ambos englobados en los meses de curso escolar, principalmente en los meses de febrero y octubre, meses en que regresan a sus actividades escolares tras periodos vacacionales.

Esto nos lleva a relacionar dichos incrementos con el estrés sobreañadido que supone a NNA el afrontar el curso escolar, máxime en una situación tan particular derivada de la pandemia: vuelta a una escolarización presencial y más exigente, uso de mascarillas que dificultan la expresión emocional, prohibición de contacto social dentro de los colegios entre distintos grupos escolares, padres teletrabajando poco accesibles para solventar dudas, abuso de internet etc. Por su inmadurez, en muchos casos los NNA carecen de la capacidad de adaptación del adulto y/o del desarrollo de conductas y pensamientos resilientes con los que afrontar una situación como la actual pandemia sin repercusión negativa en su salud mental. Además, la escolarización presencial, iniciada en septiembre-octubre de 2020, también facilita el acoso escolar. Todos ellos, como generadores de estrés psicológico, son conocidos factores de riesgo para la tentativa de suicidio y la ideación autolítica, especialmente en las mujeres.

Estos resultados son concordantes con lo publicado en el estudio español llevado a cabo por Gracia y colaboradores quienes observan un aumento de hasta el 25% de los intentos de suicidio en jóvenes durante el primer año de la pandemia, especialmente significativo en niñas en el periodo de septiembre de 2020 a marzo de 2021, donde el aumento alcanzó el 195 % (13). Recientemente, se ha publicado un estudio español muticéntrico de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) en el que revisaron de marzo de 2019 a marzo de 2021 las consultas de salud mental, encontrando un aumento del 122% de diagnóstico de ‘intoxicación no accidental por fármacos’ y de 56% en ‘suicidio/intento/ideación autolítica’(14).

Respecto a publicaciones internacionales, también encontramos aumento de la frecuentación de los SUP por ideación/tentativa autolítica. En EEUU, Elena Yard y colaboradores realizaron un estudio de enero

8

2019 a mayo 2021 con pacientes de 12 a 25 años y concluyeron que en 2020 se produjo un aumento del 31 % en la proporción de visitas al servicio de urgencias relacionadas con la salud mental entre los adolescentes de 12 a 17 años. Del 21 de febrero al 20 de marzo de 2021, el promedio de visitas semanales al SUP por sospecha de intento de suicidio fue un 50,6 % más alto entre las niñas de 12 a 17 años en comparación con el mismo período de 2019 (15).

Dubé y colaboradores publicaron en 2021 un metanálisis que incluía 54 estudios de 52 países, que incluía 308.596 participantes, donde se objetivó un aumento de las tasas de ideación/intento autolítico y autolesiones comparando con el periodo previo a la pandemia por SARS-CoV2 principalmente en mujeres y gente joven (16). Sin embargo, cabe destacar que en nuestra serie no se ha registrado ningún suicidio consumado.

También debemos recordar que la respuesta de los NNA ante una situación de crisis depende de su exposición previa a situaciones de emergencia, de sus problemas de salud física y mental, de las circunstancias socioeconómicas de la familia y de sus antecedentes culturales (12,17,18). Los adolescentes representan un colectivo especialmente vulnerable al suicidio, viéndose especialmente afectados por las medidas de control de la interacción social, las barreras al tratamiento de la salud mental, el uso excesivo y sin control de internet y de los dispositivos digitales y por la ansiedad por los problemas económicos y de salud de la familia, constituyendo todos ellos factores de riesgo de suicidio (19,20). Por otra parte, los factores de riesgo de conducta suicida más conocidos son el sexo femenino, antecedente de patología psiquiátrica, intentos autolíticos previos. En nuestra serie, encontramos un 85,1% de casos de sexo femenino, 81,4% de los pacientes presentaban diagnóstico previo de patología psiquiátrica y un 37% de los casos tenían antecedente de conductas autolíticas. Es posible que este tipo de NNA hayan tenido mayores dificultades a la hora de adaptarse a los cambios en los modelos de enseñanza y al confinamiento en tiempos de pandemia. Nuestros datos concuerdan con lo hallado en el estudio realizado por el grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP (14). No apreciamos cambios en las características de los episodios (tentativas vs

ideación, características epidemiológicas) ni en el método empleado.

Con todo ello, nos encontramos ante un aumento alarmante de las conductas suicidas en la población pediátrica, principalmente tras la pandemia por COVID-19. España no dispone de un plan nacional para la prevención del suicidio, los servicios de atención primaria, urgencias y salud mental para la atención de estos pacientes están desbordados. La preocupación ante la escalada de casos en nuestro país, llevó a la AEP (Asociación Española de Pediatría) a constituir en 2021 un Grupo de Trabajo multidisciplinar de Salud Mental en la Infancia integrado por profesionales pediátricos de la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI), la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP). Este grupo propone: la creación de un plan nacional para la prevención del suicidio, homogeneizar los programas de prevención del suicidio entre comunidades autónomas, mejorar e incrementar los recursos materiales y humanos tanto a nivel hospitalario como ambulatorio de atención a la salud mental dirigidos a niños y adolescentes, implantar programas de formación para los centros escolares dirigidos a profesores, orientadores y resto de profesionales que atienden a los niños («figura del coordinador de bienestar y protección»), formación específica en psiquiatría infantil y adolescente para los pediatras, en especial de atención primaria y de urgencias, incorporar rotaciones formativas de los MIR (médico interno residente) de pediatría e incorporar la detección precoz o screening de la prevención del suicidio en atención primaria, urgencias hospitalarias y extrahospitalarias y hospitalización (21). Los datos que reflejan nuestro estudio y los otros trabajos previamente mencionados, avalan la necesidad de adoptar medidas como las propuestas por la AEPED, anteriormente detalladas.

## LIMITACIONES

Se trata de un estudio unicéntrico en un hospital terciario con unidad psiquiatría, en los primeros dos años de la pandemia por lo que los datos deben interpretarse con cautela. Se deberían realizar

estudios multicéntricos que evalúen el efecto de la pandemia a largo plazo.

## CONCLUSIONES

Tras dos años de evolución comienzan a ser evidentes los efectos psicológicos y sociales directos e indirectos de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la salud mental de los NNA. El aumento de consultas urgentes por ideación autolítica/tentativa de suicidio hacen prioritario iniciar planes de prevención y seguimiento. No observamos diferencias en los métodos empleados, así como en las características epidemiológicas de los pacientes.

Serían necesarios futuras investigaciones para evaluar cómo diversos factores sociales, emocionales, conductuales y culturales pueden estar asociados con el aumento de las tasas de comportamientos relacionados con el suicidio durante una pandemia mundial y la repercusión de la implantación de las nuevas estrategias de prevención de suicidio.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## CONTRIBUCIONES

C. de Miguel Cáceres ,C. Gómez Domínguez, M.A. Molina Gutiérrez han participado en el diseño del estudio; C. de Miguel Cáceres ,C. Gómez Domínguez, M.A. Molina Gutiérrez en la recogida de datos; todos han participado en la redacción del manuscrito. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

## REFERENCIAS

1. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6): 468-71.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
2. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11): 1093.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsiquiatria.2020.1060>
3. Leske S, Kőlves K, Crompton D, Arensman E, de Leo D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(1): 58-63.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30435-1)
4. Nichter B, Hill ML, Na PJ, Kline AC, Norman SB, Krystal JH, et al. Prevalence and Trends in Suicidal Behavior Among US Military Veterans During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(11): 1218.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsiquiatria.2021.2332>
5. Radeloff D, Papsdorf R, Uhlig K, Vasilache A, Putnam K, von Klitzing K. Trends in suicide rates during the COVID-19 pandemic restrictions in a major German city. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30: e16.  
<https://doi.org/10.1017/S2045796021000019>
6. Mitchell TO, Li L. State-Level Data on Suicide Mortality During COVID-19 Quarantine: Early Evidence of a Disproportionate Impact on Racial Minorities. *Psychiatry Res*. 2021;295: 113629.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113629>
7. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;S1888989121001269.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
8. Pirkis J, John A, Shin S, DelPozo-Banos M, Arya V, Analuisa-Aguilar P, et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7): 579-88.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
9. Ueda M, Nordström R, Matsubayashi T. Suicide and mental health during the COVID-19 pandemic in Japan. *J Public Health Oxf Engl*. 2022;44(3): 541-8.  
<https://doi.org/10.1093/publicado/fdab113>
10. Fundación ANAR - Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo [Internet]. Fundación ANAR. Disponible en: <https://www.anar.org/>
11. Observatorio del Suicidio en España 2021 [Internet]. Prevención del suicidio. Disponible en: <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

10

12. Brooks SK, Smith LE, Webster RK, Weston D, Woodland L, Hall I, et al. The impact of unplanned school closure on children's social contact: rapid evidence review. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* 2020;25(13).  
<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000188>
13. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord.* 2021;292: 139-41.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.044>
14. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatría* [Internet]. Disponible en:  
<http://www.analesdepediatría.org/es-autolesiones-conducta-suicida-ninos-adolescentes--avance-S1695403322002958>
15. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70(24):888-94.  
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>
16. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res.* 2021;301: 113998.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
17. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(6): 421.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
18. Smetana JG, Campione-Barr N, Metzger A. Adolescent Development in Interpersonal and Societal Contexts. *Annu Rev Psychol.* 2006;57(1): 255-84.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190124>
19. Listerneck ZI, Badawy SM. Mental Health Implications of the COVID-19 Pandemic Among Children and Adolescents: What Do We Know So Far? *Pediatr Health Med Ther.* 2021;12: 543-9.  
<https://doi.org/10.2147/PHMT.S315887>
20. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res.* 2020;293: 113429.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
21. Posicionamiento sobre el aumento de autolesiones y suicidio en niños y adolescentes [Internet]. Disponible en:  
<https://www.aeped.es/noticias/posicionamiento-sobre-aumento-autolesiones-y-suicidio-en-ninos-y-adolescentes>

María Victoria López-Sánchez<sup>1</sup>   
José Antonio López-Villalobos<sup>2\*</sup>   
Isabel Serrano Pintado<sup>3</sup>   
Jesús María Andrés de Llano<sup>4</sup> 

1. Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, España.
2. Servicio de Salud Mental. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.
3. Profesora de la Facultad de Psicología Universidad de Salamanca, España.
4. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

José Antonio López-Villalobos  
Correo: [villalobos@cop.es](mailto:villalobos@cop.es); [jlopezv@saludcastillayleon.es](mailto:jlopezv@saludcastillayleon.es)

## *Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes*

## *Prevalence of Personality Prototypes in Adolescents*

## RESUMEN

**Introducción:** Los rasgos de personalidad se configuran en estilos o prototipos de personalidad que son más estables a partir de la adolescencia, influyen en la consolidación de la personalidad adulta y son recogidos en su variante más patológica en los trastornos de personalidad. **Objetivo de investigación:** Estudiar la prevalencia de prototipos de personalidad notablemente destacados (PRPND) en el ámbito clínico y de población general. **Material y método:** Muestreo aleatorio población general (n = 461) y consecutivo en clínica (n = 219). Adolescentes 13-17 años. Instrumento de medida: Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). Punto corte prevalencia: puntuación directa de la tasa base 85 sin transformación. **Resultados:** Prevalencia en porcentajes de PRPND (primer dato muestra clínica/ 2º dato general): Introverso (8,2/4,6); Inhibido (10/5,4); Pesimista (5,9/3,7); Sumiso (14,2/10,2); Histriónico (16/14,8); Egocéntrico (21,5/19,7); Rebelde (12,8/11,7); Rudo (11,9/6,3); Conformista (13,3/21,5); Oposicionista (9,6/5,6); Autopunitivo (9,1/3,5) y Límite (9,6/3,7). Sólo existen diferencias significativas de proporciones en los PRPND inhibido, rudo, autopunitivo, límite (más en muestra clínica) y en PRPND Conformista (más en población general). **Conclusión:** Nuestros resultados reflejan la realidad

## ABSTRACT

**Background:** Personality traits are configured in personality styles or prototypes that are more stable from adolescence onwards, influence the consolidation of adult personality and are expressed in their most pathological variant in personality disorders. **Research objective:** To study the prevalence of notably prominent personality prototypes (PRPND) in the clinical and general population settings. **Material and method:** Random sampling of general population (n = 461) and consecutive sampling in a clinical setting (n = 219). Adolescents 13-17 years old. Measuring instrument: Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Prevalence cut-off point: direct scoring of the prime rate score 85 without transformation. **Results:** Prevalence in percentages of PRPND (first data clinical sample/ 2nd general data): Introversive (8,2 / 4,6); Inhibited (10 / 5,4); Doleful (5,9 / 3,7); Submissive (14,2 / 10,2); Dramatizing (16 / 14,8); Egotistic (21,5 / 19,7); Unruly (12,8 / 11,7); Forceful (11,9 / 6,3); Conforming (13,3 / 21,5); Oppositional (9,6 / 5,6); Self-Demeaning (9,1 / 3,5) and Borderline Tendency (9,6 / 3,7). Significant differences were observed in Inhibited, Forceful, Self-Demeaning, Borderline Tendency PRPND (higher in the clinical sample) and Conforming PRPND (higher in the

12

de los adolescentes en PRPND en nuestro tiempo y contexto, representando un estado de alerta para el clínico al interpretar puntuaciones elevadas en el MACI.

**Palabras clave:** Personalidad, adolescencia, prevalencia, prototipos de personalidad, MACI

general population). **Conclusion:** Our results reflect the reality of adolescents in PRPND in our context and represent state of alert for the clinician when interpreting high scores on the MACI.

**Keywords:** Personality, adolescent, prevalence, personality prototypes, MACI.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia incluye un espacio temporal entre los 10 y los 19 años (1), extendido por algunos autores hasta los 21 años y puede dividirse en temprana (10-13 años), media (14-17 años) y tardía (18-21 años) (2). En este contexto, la personalidad se conceptualiza como un conjunto duradero de rasgos y estilos de la persona, cuyas características representan disposiciones y formas en las que cada uno se diferencia de las demás (3). Se desarrolla desde edades muy tempranas y en la adolescencia los rasgos de la personalidad comienzan a ser más persistentes (4,5) e influyen de una manera importante en la personalidad adulta. De forma global, los rasgos de personalidad describen patrones de diferencias individuales en pensamientos, sentimientos y comportamientos que son relativamente duraderos en el tiempo, presentan cierta estabilidad a partir de la adolescencia tardía y manifiestan cambios a lo largo de todo el periodo vital de las personas (6).

Los prototipos de personalidad, objeto de nuestro estudio, representan tendencias en el seno de un periodo evolutivo que marca las bases de la futura personalidad. Millon (7) plantea que la personalidad adolescente puede ser descrita en términos de estilos de personalidad, precursores de los patrones de personalidad normal descriptibles en el adulto que son recogidos en su variante más patológica en los trastornos de personalidad. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo. La diferencia básica es que la personalidad patológica es más rígida y poco adaptativa, por contraste con la mayor flexibilidad

y sentido de la adaptación de la personalidad sana (7). Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo (8). Diversos autores refieren que los rasgos desadaptativos de la personalidad comienzan a formarse durante la adolescencia (9).

Los prototipos o perfiles de personalidad derivados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (10), incluyen las categorías introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, opositorista, autopunitivo y tendencia límite. Aunque el autor del MACI cuando define los prototipos de personalidad elude el término “trastorno” y algunos de los nombres incluidos en los trastornos de personalidad del DSM-5, resulta fácil encontrar su vinculación con los mismos. Los diferentes prototipos de personalidad del MACI tienen vinculación en cuanto a su denominación con los trastornos de personalidad (TP) según las siguientes equivalencias: introvertido (TP esquizoide), inhibido (TP evitativo), pesimista (TP depresiva), sumiso (TP dependiente), histriónico (TP histriónico), egocéntrico (TP narcisista), rebelde (TP antisocial), rudo (TP sádico), conformista (TP obsesiva - compulsiva), opositorista (TP pasivo - agresivo), autopunitivo y tendencia límite (TP límite) (11).

Los prototipos son una síntesis de las perspectivas categoriales y dimensionales (12), pudiendo ser utilizados en investigación desde ambas perspectivas. El debate entre lo categórico y lo dimensional puede resolverse, según el autor, mediante la identificación de numerosas variantes prototípicas que existen para

cada trastorno de personalidad y que pueden ser sólo el principio de un estudio clínico adecuado y una intervención acorde a las variantes.

En esta investigación, sin excluir otras perspectivas, hemos optado por una perspectiva categorial que es la habitual para estudiar la prevalencia. Un enfoque prototípico de los trastornos de la personalidad conceptualizaría la patología de la personalidad como fenotipos clínicos discretos compuestos de características relacionadas. La similitud de las características de personalidad de una persona con un prototipo determinado, representa cuán prototípico es del fenotipo (13).

En la actualidad tenemos estudios que contrastan la población general y clínica en los prototipos de personalidad desde una perspectiva más dimensional (14,15) y en esta investigación nos hemos centrado en la perspectiva categorial, propia de los estudios de prevalencia.

En cuanto a la justificación de la investigación, se observa que no existen estudios de prevalencia similares al que presentamos, lo que contribuirá al conocimiento de esta realidad en adolescentes de nuestro tiempo y puede ser punto de partida de otras investigaciones. Por otro lado, el estudio de prevalencia puede tener utilidad para establecer adecuadas estrategias de prevención / intervención en población general y clínica. Todo ello subraya el interés y la originalidad del análisis que plantearemos en nuestros objetivos.

El objetivo de la investigación es estudiar la prevalencia de los prototipos de PRPND en una muestra de adolescentes de población general y en una muestra clínica, observando las diferencias entre ambas muestras.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Participantes

La muestra de población general está formada por adolescentes entre 13 y 17 años. El muestreo, derivado de un estudio epidemiológico de prevalencia de PRPND, ha sido aleatorio polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados. La proporcionalidad respetó los bloques de tipo de centro escolar (público / privado) y la zona sociodemográfica (rural y urbana). Con la finalidad

de conseguir precisión en las estimaciones de PRPND se realizó un cálculo del tamaño muestral referenciado en el apartado de análisis de datos. La muestra de población general reclutada fue de 461 casos, con un 45,3% del sexo masculino y 54,7% del femenino y una media de edad de 14,32 ( $DT = 1,03$ ).

La muestra clínica se reclutó mediante muestreo consecutivo de pacientes adolescentes entre 13 y 17 años atendidos en primera consulta en una unidad de salud mental. El periodo de reclutamiento fue de 18 meses. La muestra tiene 219 casos, con un 62,6% del sexo masculino y un 37,4% del femenino y una media de edad de 14,56 ( $DT = 1,36$ ) [ $Mdn = 14$ ;  $ASI = 14-15$ ]. Los diagnósticos más frecuentes en la muestra clínica fueron el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (38,8%), Trastornos del Comportamiento (35,6%), Trastornos por Ansiedad (35,1%) y Trastornos Depresivos (15,9%).

### Instrumentos

#### *Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)*

El MACI es un cuestionario diseñado para adolescentes de 13 a 19 años. De los diferentes apartados del instrumento de medida, nuestro estudio sólo consideró el análisis de los patrones o perfiles de personalidad Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia Límite (10).

Este instrumento se validó en una muestra clínica de población española y en las escalas de patrones de personalidad los coeficientes de fiabilidad oscilaron entre 0,69 y 0,90. El inventario presenta adecuación en cuanto a la validez empírica (10) y tiene buenas propiedades psicométricas en fiabilidad y validez teórica, estructural y de criterio (16,17).

Los estudios de adaptación del MACI a distintas poblaciones muestran que las características psicométricas del test se mantienen en poblaciones no clínicas y que la consistencia interna alcanza niveles aceptables en la mayoría de las escalas en las diferentes muestras ( $\alpha$  entre 0,72 y 0,90 en población general;  $\alpha$  entre 0,62 y 0,88 en muestra clínica) (18, 19). El estudio de la fiabilidad del MACI en población no clínica española presentó valores

14

de fiabilidad adecuados ( $\alpha = 0,86$ ) y se consideró que con las debidas precauciones, puede utilizarse con adolescentes en entornos no necesariamente clínicos (20). En cuanto a su validez, en diversas investigaciones se ha comprobado que el MACI posee capacidad para discriminar entre adolescentes de población general y adolescentes con problemas psicológicos (19).

El MACI fue diseñado para usar datos de prevalencia (16). En nuestra investigación, para las estimaciones de prevalencia de los PRPND, se estableció como punto de corte la puntuación directa que se corresponde con la Tasa Base 85, no ajustada por ningún concepto y determinada por la tasa de prevalencia de la muestra de adaptación española.

La Tasa Base es un estadístico desarrollado por el autor del MACI sobre la base de calcular la tasa de prevalencia para cada uno de los prototipos de personalidad y ajustarlo a las puntuaciones directas de la prueba. La puntuación Tasa Base de 85 se asigna a la puntuación directa que se corresponde con la puntuación centil que representa la tasa objetiva de prevalencia en un prototipo de personalidad determinado (10).

En el instrumento de medida una puntuación mayor de 85 indica que la característica de un prototipo de personalidad determinado es notablemente destacada (PRPND), presentando puntuaciones directas elevadas y permitiendo caracterizar cada PRPND como presente o ausente.

## PROCEDIMIENTO

Todos los casos de la muestra clínica y general completaron el MACI. El tipo de muestreo es el definido en el apartado de participantes. Los criterios de inclusión en el estudio para la muestra clínica y la general son estudiar entre 2º y 4º de la ESO, capacidad de lectura, aceptar la participación en el estudio y la existencia del consentimiento informado. No cumplir alguno de los criterios previos sería motivo de exclusión del estudio. En el caso de la muestra clínica también se consideró criterio de inclusión no tener tratamiento farmacológico. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Asistencial Universitario Hospitalario (nº Registro CEIM CAUPA: 2018/006).

## Análisis de datos

La prevalencia de cada uno de los PRPND se ha reflejado en porcentajes y se ha estimado la precisión de los mismos a través del cálculo del IC al 95%. Se utilizó el Odds Ratio como medida para expresar si la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los PRPND difiere entre la muestra clínica y la general, pudiendo considerarse como una medida del tamaño del efecto para las diferencias en la prevalencia.

Cálculo del tamaño muestral para la prevalencia de PRPND en población general: para conseguir una precisión del 3% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción de PRPND esperada es del 10 % y que el tamaño total de la población es de 3902, se consideró necesario incluir 361 unidades en el estudio, considerando un 3% de abandonos. La proporción esperada procede de un estudio piloto previo no publicado.

Cálculo del tamaño muestral para la prevalencia de PRPND en la muestra clínica: no fue necesario hacer un cálculo del tamaño muestral al reclutar toda la muestra en un periodo determinado.

En relación al cálculo del tamaño muestral para encontrar diferencias de proporciones en PRPND entre la muestra general y la clínica, observamos que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan 302 sujetos en el grupo de población general y 151 en el grupo clínico, para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones. En el cálculo se ha considerado que la proporción en el grupo comunitario se espera sea de 0,1 y en el grupo clínico de 0,2. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 3%. Se ha utilizado la aproximación del arco-seno.

Para estudiar la significación de las diferencias entre la muestra clínica y general en el nº de PRPND se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, utilizando como medida del tamaño del efecto la probabilidad de superioridad estimada (PSest).

En algunos análisis con variables cualitativas, para estudiar asociación / independencia entre variables y/o las diferencias de proporciones en cada uno de los

PRPND entre dos muestras independientes (General / Clínica), se utilizará la prueba de Ji cuadrado, utilizando como medida del tamaño del efecto el coeficiente de contingencia (C).

## RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa la prevalencia de PRPND en población general y clínica, así como el Odds ratio de la población clínica respecto a la general para cada uno de los PRPND.

La prevalencia de PRPND, ordenados de mayor a menor frecuencia en población general es la siguiente: Conformista (21,5%), Egocéntrico (19,7%), Histriónico (14,8%), Rebelde (11,7%), Sumiso (10,2%), Rudo (6,3%), Oposicionista (5,6%), Inhibido (5,4%), Introverso (4,6%), Límite (3,7%), Pesimista (3,7%) y Autopunitivo (3,5%).

La prevalencia de PRPND, en la muestra clínica ordenados de mayor a menor frecuencia es la siguiente: Egocéntrico (21,5%), Histriónico (16%), Sumiso (14,2%), Conformista (13,2%), Rebelde (12,8%), Rudo (11,9%), Inhibido (10%), Límite (9,6%), Oposicionista (9,6%), Autopunitivo (9,1%), Introverso (8,2%) y Pesimista (5,9%).

En la [tabla 1](#) se observa que la población clínica muestra una proporción significativamente mayor en los PRPND Inhibido,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 4,93$ ,  $p = .026$ ;  $C = ,085$ ; Rudo,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 6,22$ ,  $p = ,033$ ;  $C = ,095$ ; Autopunitivo,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 9,49$ ,  $p = ,002$ ;  $C = ,117$  y Límite,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 9,80$ ,  $p = ,002$ ;  $C = ,119$  que la población general,

sucediendo a la inversa en el PRPND Conformista,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 6,58$ ,  $p = ,010$ ;  $C = ,098$ . Descriptivamente, todos los PRPND presentan mayor prevalencia en población clínica que en población general, excepto el PRPND Conformista.

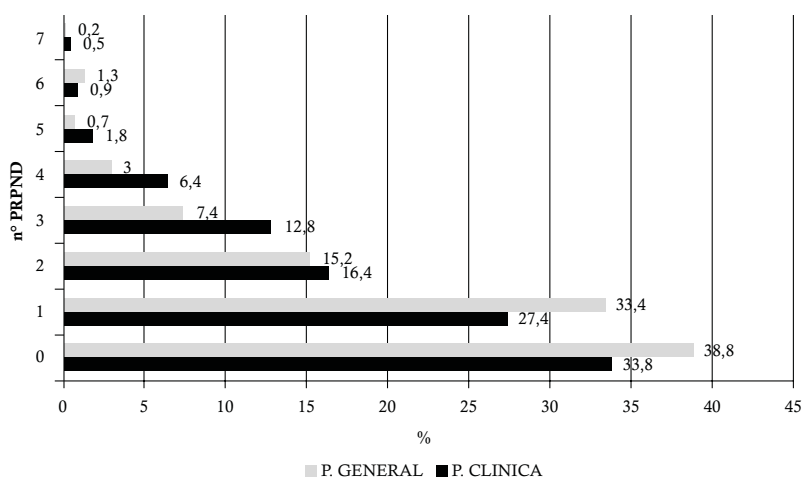
En la [Figura 1](#), se observa el n° de PRPND en población general y clínica. Se observan diferencias significativas en el n° de PRPND entre población general y clínica, encontrando que la población clínica tiene significativamente un rango promedio mayor en el n° de PRPND,  $U$  de Mann-Whitney = 44567,  $p = ,010$ ;  $P_{Sest} = ,44$ .

En la misma línea, se observan diferencias significativas de proporciones entre población general y clínica en el n° de PRPND,  $\chi^2(4, N=680) = 14,16$ ,  $p = ,048$ ;  $CC = ,143$ . Observamos mayores porcentajes en no tener o tener un PRPND en población general, sucediendo a la inversa en tener dos o más PRPND, que presenta mayores porcentajes en población clínica.

En la muestra de población general el 61,2% de los casos tuvo uno o más PRPND, frente al 66,2% de los casos en la muestra clínica.

## Sexo

Existen diferencias significativas en el sexo en función de si se trata de población clínica o general,  $\chi^2_{(1, N=680)} = 17,61$ ,  $p < ,000$ ;  $C = ,159$ , observándose una mayor proporción de casos del sexo masculino en población clínica (62,6%) que en población general (45,3%).



**Figura 1.** Número y Porcentajes de PRPND en Población General y Clínica.

**Tabla 1.** Prevalencia de PRPND en población clínica y general.

| Prototipo personalidad | Población | n / N° | %           | IC95%     | OR (IC95%)              |
|------------------------|-----------|--------|-------------|-----------|-------------------------|
| Introvertido           | Clínica   | 18/219 | <b>8,2</b>  | 5,2-12,6  | 1,87 (0,97-3,59)        |
|                        | General   | 21/461 | <b>4,6</b>  | 3,0-6,8   |                         |
| Inhibido               | Clínica   | 22/219 | <b>10</b>   | 6,7-14,7  | <b>1,94(1,07-3,53)*</b> |
|                        | General   | 25/461 | <b>5,4</b>  | 3,7-7,8   |                         |
| Pesimista              | Clínica   | 13/219 | <b>5,9</b>  | 3,5-9,8   | 1,64(0,78-3,45)         |
|                        | General   | 17/461 | <b>3,7</b>  | 2,3-5,8   |                         |
| Sumiso                 | Clínica   | 31/219 | <b>14,2</b> | 10,1-19,3 | 1,45(0,89-2,35)         |
|                        | General   | 47/461 | <b>10,2</b> | 7,7-13,2  |                         |
| Histriónico            | Clínica   | 35/219 | <b>16</b>   | 11,7-21,4 | 1,09 (0,70-1,71)        |
|                        | General   | 68/461 | <b>14,8</b> | 11,8-18,2 |                         |
| Egocéntrico            | Clínica   | 47/219 | <b>21,5</b> | 16,5-27,3 | 1,11 (0,74-1,65)        |
|                        | General   | 91/461 | <b>19,7</b> | 16,3-23,6 |                         |
| Rebelde                | Clínica   | 28/219 | <b>12,8</b> | 9-17,8    | 1,10 (0,67-1,79)        |
|                        | General   | 54/461 | <b>11,7</b> | 9-14,9    |                         |
| Rudo                   | Clínica   | 26/219 | <b>11,9</b> | 8,2-16,8  | <b>2 (1,15-3,49)*</b>   |
|                        | General   | 29/461 | <b>6,3</b>  | 4,6-9,7   |                         |
| Conformista            | Clínica   | 29/219 | <b>13,3</b> | 9,3-18,3  | <b>0,55(0,35-0,87)*</b> |
|                        | General   | 99/461 | <b>21,5</b> | 17,9-25,4 |                         |
| Oposicionista          | Clínica   | 21/219 | <b>9,6</b>  | 6,3-14,2  | 1,77(0,97-3,23)         |
|                        | General   | 26/461 | <b>5,6</b>  | 3,8-8,1   |                         |
| Autopunitivo           | Clínica   | 20/219 | <b>9,1</b>  | 5,9-13,6  | <b>2,79(1,41-5,50)*</b> |
|                        | General   | 16/461 | <b>3,5</b>  | 2,1-5,8   |                         |
| Límite                 | Clínica   | 21/219 | <b>9,6</b>  | 6,3-14,2  | <b>2,77(1,43-5,36)*</b> |
|                        | General   | 17/461 | <b>3,7</b>  | 2,3-6,1   |                         |

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: Odds ratio; \*  $p < ,05$ .

En la tabla 2 reflejamos que en población general se encuentran diferencias de proporciones significativas en las que el sexo masculino presentó PRPND más Introvertido,  $\chi^2_{(1, N=461)} = 8,45$ ,  $p = ,004$ ;  $C = ,134$ , Inhibido,  $\chi^2_{(1, N=461)} = 15,94$ ,  $p = ,000$ ;  $C = ,183$ , Oposicionista,  $\chi^2_{(1, N=461)} = 11,93$ ,  $p = ,001$ ;  $C = ,153$  y Límite,  $\chi^2_{(1, N=461)} = 6,90$ ,  $p = ,009$ ;  $C = ,121$  que el femenino. En población

clínica encontramos diferencias de proporciones significativas en los PRPND Pesimista,  $\chi^2_{(1, N=219)} = 5,96$ ,  $p = ,015$ ;  $C = ,163$  y Autopunitivo,  $\chi^2_{(1, N=219)} = 7,13$ ,  $p = ,008$ ;  $C = ,178$ , con una mayor proporción en el sexo femenino; sucediendo a la inversa en el PRPND Rudo,  $\chi^2_{(1, N=219)} = 4,17$ ,  $p = ,041$ ;  $C = ,137$ , con una mayor proporción en el sexo masculino.

**Tabla 2.** Prevalencia de Prototipos de Personalidad Notablemente Destacados (PRPND) en población general y clínica en función del sexo.

| Prototipo de personalidad | Población | Prevalencia sexo | N / N° | %    | IC95%     | OR (IC95%)        |
|---------------------------|-----------|------------------|--------|------|-----------|-------------------|
| Introvertido              | General   | Masculino        | 16/209 | 7,7  | 4,7-12,7  | 4,09(1,47-11,37)* |
|                           |           | Femenino         | 5/252  | 2,0  | 0,8-4,5   |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 8/137  | 5,8  | 2,9-11,1  | 0,44 (0,16-1,18)  |
|                           |           | Femenino         | 10/82  | 12,2 | 6,7-21    |                   |
| Inhibido                  | General   | Masculino        | 21/209 | 10   | 6,6-14,8  | 6,92(2,33-20,51)* |
|                           |           | Femenino         | 4/252  | 1,6  | 0,6-4     |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 15/137 | 10,9 | 6,7-17,2  | 1,31 (0,51-3,37)  |
|                           |           | Femenino         | 7/82   | 8,5  | 4,2 -16,5 |                   |
| Pesimista                 | General   | Masculino        | 11/209 | 5,3  | 0,7-4,8   | 3,44(1,08-10,98)* |
|                           |           | Femenino         | 6/252  | 2,4  | 0,2-2,8   |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 4/137  | 2,9  | 0,1-4,0   | 0,24 (0,07-0,81)* |
|                           |           | Femenino         | 9/82   | 11   | 2,6-13,4  |                   |
| Sumiso                    | General   | Masculino        | 26/209 | 12,4 | 9,4-18,8  | 1,56(0,85-2,86)   |
|                           |           | Femenino         | 21/252 | 8,3  | 7,4-15,1  |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 20/137 | 14,6 | 9,6-21,4  | 1,10 (0,49-2,43)  |
|                           |           | Femenino         | 11/82  | 13,4 | 7,6-22,4  |                   |
| Histriónico               | General   | Masculino        | 28/209 | 13,4 | 9,4-18,6  | 0,81 (0,46-1,38)  |
|                           |           | Femenino         | 40/252 | 15,9 | 11,8-20,8 |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 24/137 | 17,5 | 12,0-24,7 | 1,37 (0,63-2,96)  |
|                           |           | Femenino         | 11/82  | 13,4 | 7,6-22,4  |                   |
| Egocéntrico               | General   | Masculino        | 47/209 | 22,5 | 17,3-28,6 | 1,37 (0,86-2,17)  |
|                           |           | Femenino         | 44/252 | 17,5 | 13,2-22,6 |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 32/137 | 23,4 | 17,0-31,1 | 1,36 (0,68-2,70)  |
|                           |           | Femenino         | 15/82  | 18,3 | 11,4-28,0 |                   |
| Rebelde                   | General   | Masculino        | 29/209 | 13,9 | 9,8-19,2  | 1,46 (0,82-2,58)  |
|                           |           | Femenino         | 25/252 | 9,9  | 6,8-14,2  |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 17/137 | 12,4 | 7,8-18,9  | 0,91 (0,40-2,06)  |
|                           |           | Femenino         | 11/82  | 13,4 | 7,6-22,4  |                   |
| Rudo                      | General   | Masculino        | 17/209 | 8,1  | 5,1-12,6  | 1,77 (0,82-3,79)  |
|                           |           | Femenino         | 12/252 | 4,8  | 2,7-8,1   |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 21/137 | 15,3 | 10,2-22,3 | 2,78 (1,08-7,70)* |
|                           |           | Femenino         | 5/82   | 6,1  | 2,6-13,4  |                   |
| Conformista               | General   | Masculino        | 54/209 | 25,7 | 20,3-32,1 | 1,00(0,65-1,52)   |
|                           |           | Femenino         | 65/252 | 25,8 | 20,3-32,1 |                   |
|                           | Clínica   | Masculino        | 19/137 | 13,9 | 9,0-20,6  | 1,15(0,51-2,63)   |
|                           |           | Femenino         | 10/82  | 12,2 | 6,7-21,0  |                   |

**Tabla 2.** Prevalencia de Prototipos de Personalidad Notablemente Destacados (PRPND) en población general y clínica en función del sexo (Continuación).

|               |         |           |        |      |          |                   |
|---------------|---------|-----------|--------|------|----------|-------------------|
| Oposicionista | General | Masculino | 20/209 | 9,6  | 6,2-14,3 | 5,22(1,92-14,18)* |
|               |         | Femenino  | 6/252  | 2,4  | 0,8-4,5  |                   |
|               | Clínica | Masculino | 11/137 | 8,0  | 4,5-13,8 | 0,62(0,25-1,55)   |
|               |         | Femenino  | 10/82  | 12,2 | 6,7-21,0 |                   |
| Autopunitivo  | General | Masculino | 11/209 | 5,3  | 2,9-9,1  | 2,74(0,93-8,02)   |
|               |         | Femenino  | 5/252  | 2,0  | 0,8-4,5  |                   |
|               | Clínica | Masculino | 7/137  | 5,1  | 2,5-10,1 | 0,28(0,10-0,74)*  |
|               |         | Femenino  | 13/82  | 15,9 | 9,5-25,2 |                   |
| Límite        | General | Masculino | 13/209 | 6,2  | 3,6-10,3 | 4,11(1,32-12,80)* |
|               |         | Femenino  | 4/252  | 1,6  | 0,6-4,1  |                   |
|               | Clínica | Masculino | 11/137 | 8    | 4,5-13,8 | 0,62(0,25-1,55)   |
|               |         | Femenino  | 10/82  | 12,2 | 6,7-21,0 |                   |

De forma global, no se observaron diferencias significativas de rangos promedio entre población general y clínica en la variable edad, U de Mann-Whitney = 46891;  $p = ,121$ ;  $P_{Sext} = ,464$ .

## DISCUSIÓN

La prevalencia de PRPND en población general, siguiendo un criterio de mayor a menor frecuencia, se secuencia en los PRPND Conformista, Egocéntrico, Histriónico, Rebelde, Sumiso, Rudo, Oposicionista, Inhibido, Introverso, Límite, Pesimista y Autopunitivo. En este apartado, no tenemos constancia de estudios de prevalencia sobre PRPND en población general con un diseño como el que presentamos, por lo que nuestro estudio sería la primera referencia.

Si consideramos prevalencias superiores al 14% en población general, observamos que un grupo importante de los adolescentes de nuestra muestra presentan puntuaciones elevadas en los rasgos de personalidad conformistas, egocéntricos e histriónicos. Traducido al lenguaje del significado de los PRPND, al menos uno de cada cinco adolescentes presenta rasgos de personalidad que los caracterizaría como respetuosos y conscientes de las normas, con restricción emocional y preferencias por vivir su vida de forma planificada (conformistas). En una proporción similar, presentan rasgos de personalidad

que los caracterizaría como seguros de sí mismos y narcisistas, con tendencia a valorar poco a los demás, arrogancia y escasa preocupación por las necesidades de los demás (egocéntricos) y al menos uno de cada siete presenta rasgos de personalidad que los caracterizaría como habladores, con encanto social, exhibicionistas, emocionalmente expresivos y con relaciones intensas pero breves con los demás, aburiéndoles la rutina (histriónicos).

Los PRPND con prevalencias más elevadas, que previamente hemos referenciado, presentan en otros estudios puntuaciones medias (no de prevalencia) mayores en población general que en la clínica, permitiendo dudar sobre su valor patológico (18, 21). En nuestro estudio también observamos que el PRPND Conformista presenta una proporción significativamente mayor en población general que en la clínica y los PRPND Egocéntrico e Histriónico no presentan diferencias de proporciones significativas. Esta circunstancia presenta especial interés para el clínico que pudiera interpretar en el rango de la normalidad puntuaciones elevadas en dichos PRPND.

Ante la ausencia de referencias comparativas con nuestro estudio, se planteó como hipótesis que la prevalencia de los PRPND pudiera ser superior a la de los trastornos de personalidad (TP) en población general adolescente. En esta comparación hemos considerado los criterios de Hopwood y Grilo, referenciados en la introducción, sobre la equivalencia

en cuanto a la denominación entre PRPND y TP (11). Comprobamos que efectivamente nuestros PRPND presentan puntuaciones de prevalencia más elevadas que las observadas en los estudios sobre TP que hemos revisado (22). También comprobamos que si consideramos las cifras de prevalencia de los PRPND Introvertido, Inhibido, Pesimista, Oposicionista y Límite en las cifras inferiores de su intervalo de confianza, los datos se aproximan a las cifras de prevalencia de sus TP equivalentes Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Pasivo agresivo y Límite (22).

En la misma línea argumental de comparación, el 61.2% de los adolescentes en población general tienen uno o más PRPND, lo que no es concordante con las tasas de prevalencia de TP en adolescentes de población general que oscilan entre 14% y el 17% de la población (23).

En resumen, PRPND y TP no presentan cifras de prevalencia similares en población general y en algunos PRPND estas cifras son cercanas.

Centrando nuestra reflexión en la muestra clínica, la prevalencia de PRPND, siguiendo un criterio de mayor a menor frecuencia, se secuencia en los PRPND Egocéntrico, Histriónico, Sumiso, Conformista, Rebelde, Rudo, Inhibido, Límite, Oposicionista, Autopunitivo, Introvertido y Pesimista.

Ante la ausencia de referencias comparativas con nuestro estudio, se planteó como hipótesis que la prevalencia de los PRPND pudiera ser superior a la de los trastornos de personalidad (TP) en población clínica adolescente. En la argumentación para este contraste son útiles las mismas equivalencias entre PRPND y TP que hemos realizado previamente. Observamos que la hipótesis solo se cumple en los PRPND Introvertido, Egocéntrico, Sumiso, Oposicionista, con cifras superiores a las observadas en los estudios sobre prevalencia de TP (24). En la misma línea argumental, las cifras globales sobre TP en muestras clínicas son variables, con estudios que encuentran un 78% de casos con al menos un TP (24) y otros con un 21,6% (25). Entre ambas cifras, se encontraría nuestra observación de que el 66,2% de los adolescentes en población clínica tienen uno o más PRPND. Por todo ello, nuestra hipótesis en una muestra clínica sólo se confirma parcialmente y este resultado puede ser debido a las diferencias entre TP / PRPND y a que las muestras son difícilmente comparables.

Finalizamos este apartado de discusión con la comparación entre PRPND en la muestra clínica y la de población general. La prevalencia de PRPND es generalmente mayor en la muestra clínica que en la muestra de población general. Sin embargo, las diferencias sólo son significativas en los PRPND Inhibido, Rudo, Autopunitivo y Límite que presentan una proporción significativamente mayor en la población clínica que en la general. Paralelamente, el PRPND Conformista se orienta en sentido inverso encontrando una proporción significativamente mayor en la población general, mostrando una línea en contra de lo esperable. Algunos PRPND no consiguen diferenciar de modo significativo entre población general y la muestra clínica global en los prototipos Egocéntrico, Histriónico, Introvertido, Sumiso, Rebelde, Oposicionista y Pesimista. Estos datos pueden hacer reflexionar al clínico cuando interpreta puntuaciones elevadas en los PRPND del MACI, prestando más interés terapéutico en los PRPND que consiguen diferenciar entre población general y clínica.

Los rasgos de personalidad que más diferencian la muestra general de la clínica, indican que la muestra clínica presenta características clínicas de más inestabilidad emocional, ansiedad / inhibición en la relación con los demás, actuación más lesiva contra sí mismos, dureza, obstinación y con más tendencia a abusar de otros y menos conformismo.

Finalizamos el apartado de comparación entre la muestra clínica y de población general con la observación de que la muestra clínica tiene significativamente un mayor nº de PRPND que la de población general. No obstante las diferencias son pequeñas y parece claro que el nº de PRPND es alto en ambas muestras e incluso más del 15% tienen dos o más PRPND. Los datos también indican que de aquellos casos que tienen PRPND el 22% no lo tienen de forma aislada, por lo que la combinación de PRPND no es infrecuente.

En cuanto a la variable sexo, como es habitual en la mayoría de las investigaciones (26), el sexo masculino es más frecuente en la muestra clínica. En población general se observan diferencias de proporciones significativas en las que el sexo masculino presenta PRPND más Introvertido, Inhibido, Oposicionista y Límite que el femenino.

20

En población clínica encontramos diferencias de proporciones significativas en los PRPND Pesimista y Autopunitivo, con una mayor proporción en el sexo femenino, sucediendo a la inversa en el PRPND Rudo con una mayor proporción en el sexo masculino. Traducido al lenguaje del significado de los PRPND, el sexo masculino en población general presenta puntuaciones más elevadas en PRPND que incluyen características relativas a ser más reservados, menos sociables, con escasa expresión emocional, incomodidad en la relación con los demás, pasividad-agresividad, malhumor e inestabilidad en las relaciones sociales y en las emociones. En el contexto clínico, el sexo femenino presenta puntuaciones más elevadas en PRPND que incluyen características relativas a ser más pesimistas, con más abatimiento y desánimo, actuaciones más auto-lesivas y comportamiento con menos dureza y dominancia que el sexo masculino. En general lo que predomina es la ausencia de diferencias significativas en ocho PRPND en población general y en nueve PRPND en clínica. A su vez las diferencias en función del sexo en PRPND no coinciden en población clínica o general. Aunque existen investigaciones en las que se observan diferencias de medias en función del sexo en prototipos de personalidad en población general (20), no tenemos conocimiento de contraste en investigaciones de PRPND con diseño similar al que proponemos, por lo que nuestros resultados son la primera referencia.

Finalizamos la discusión con las fortalezas y limitaciones de nuestra investigación. En cuanto a las fortalezas, la investigación permite conocer la realidad de la prevalencia de los PRPND en adolescentes y se trata de un estudio que tiene un tamaño muestral suficiente para conseguir precisión en las estimaciones de prevalencia y potencia en los contrastes de hipótesis. La evaluación y conocimiento de los PRPND puede influir en el reconocimiento y el manejo de la problemática de la personalidad a la edad más temprana, que resulta una tarea clínica importante y ofrece oportunidades para intervenir y apoyar un desarrollo más adaptativo permitiendo prevenir patología adulta (27, 28). El conocimiento de los PRPND es relevante, por el papel que juegan las dimensiones de la personalidad en el bienestar de los adolescentes (29) y la influencia de

los rasgos desadaptativos de la personalidad en la funcionalidad adolescente en el plano conductual, emocional o motivacional (30). Nuestro estudio se centra en el reconocimiento temprano de esos rasgos de personalidad y observa las discrepancias en los mismos entre población general y clínica. Los resultados observados son relevantes para el clínico cuando observamos que algún PRPND presenta puntuaciones mayores en población general que en la clínica y en otros casos no existen diferencias entre ambas poblaciones. Se trata de resultados importantes cuando un clínico interpreta puntuaciones elevadas en cada uno de los PRPND de personalidad del MACI, permitiendo diferenciar aquellos que tienen un potencial problemático de aquellos que no lo tienen.

En cuanto a las limitaciones, en la muestra de población general no se ha descartado la existencia de patología, por lo que pudieran existir adolescentes con problemática de salud mental en la misma. Otra limitación es que la muestra clínica representa a pacientes adolescentes en consulta externa en salud mental y no es representativa de todas las muestras clínicas (Ej. muestras de Hospital de Día o ingresos hospitalarios). También nos parece una limitación el estudio de los rasgos de personalidad a partir de una única prueba.

En las recomendaciones para futuras investigaciones sobre PRPND, nos planteamos que pudiera resultar de utilidad replicar nuestra investigación en otros contextos culturales o clínicos y analizar las diferencias entre población general o clínica, subdividiendo esta última en los diferentes trastornos mentales.

## FINANCIACIÓN

El trabajo forma parte de una línea de investigación asociada al proyecto GRS 1680/A/18, financiado parcialmente por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (España).

## CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES AL MANUSCRITO

Todos los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como aprueban el texto final enviado.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Adolescent Health [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
2. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo-Vicario M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*. 2017;21(4): 233-44. [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4\\_WEB.pdf#page=8](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf#page=8)
3. Bergner RM. What is personality? Two myths and a definition. *New Ideas in Psychology*. 2020;57: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100759>
4. Kongerslev MT, Chanen AM, Simonsen E. Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(1): 31-48. <https://doi.org/10.1002/ab.20393>
5. Romero Escobar H. La adolescencia al límite. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2006;23(1, 3 y 4): 14-9. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/41>
6. Specht J. Personality Development. In Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer, Cham; 2020. p. 171-94. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3\\_301938](https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_301938)
7. Millon, T. Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*. 2002;78: 209-18. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7802\\_02](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7802_02)
8. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(5): 177-86.
9. Osorio A & Gordo R. Estructura de personalidad límite en adolescentes. A propósito de un caso. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2018;35(3): 250-4. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n3a3>
10. Millon T. MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon. Madrid: TEA ediciones; 2004.
11. Hopwood CJ, Grilo CM. Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(4): 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>
12. Millon T, Davis RB. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
13. Schreiber AM, Hall NT, Hallquist MN. Prototype Approach to Personality Disorders. In Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer, Cham; 2020. p. 53-76. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8>
14. López-Sánchez MV. Prevalencia de perfiles de personalidad en adolescentes: análisis comparativo en población general y clínica. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Salamanca; 2021.
15. López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Serrano I, Andrés-De Llano JM, Sánchez-Azón MI, González MC. Personalidad en Adolescentes de Población General y Clínica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 2022;30(3): 743-56. <https://doi.org/10.51668/bp.8322309n>
16. McCann JT. Measuring adolescent personality and psychopathology with the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). En Sparta SN & Koocher GP. *Forensic mental health assessment of children and adolescents*. Oxford: University Press; 2006. p. 424-39.
17. Millon T. Millon Adolescent Clinical Inventory manual. Pearson Assessments Inc; 2006.
18. Vinet E, Forns M. Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia psicológica*. 2008;26: 151-63. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000200001>
19. Vinet E, Alarcón P. El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé*. 2003;12(1): 39-55.

20. Broc MA. A Longitudinal Study of Academic Success and Failure in Compulsory Secondary Education and Baccalaureate Students through the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *Psychology*. 2015;6(12): 1427-37.  
<https://doi.org/10.4236/psych.2015.612139>
21. Vinet E. Relativismo cultural del modelo de personalidad de Millon en América Latina: un estudio con adolescentes. *Interdisciplinaria*. 2010;27: 23-40.
22. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4): 265-75.  
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004265.x>
23. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Nov;118(5): 410-3.  
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
24. Hauber AK. Personality disorders and insecure attachment among adolescents [Doctoral dissertation]. GVO Drukkers & Vormgevers Ede, Leiden University Medical Center; 2019.  
<https://hdl.handle.net/1887/79984>
25. Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, Ulberg R. The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(3): 180-9.  
<https://doi.org/10.21307/sjcapp-2015-018>
26. López-Villalobos JA, Gil-Diez C, Sánchez MI. Variables clínicas en Salud Mental infanto juvenil. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 1993;1: 16-24.  
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/780/759>
27. Chanen AM, Thompson KN. The development of personality disorders. In McAdams DP, Shiner LR, Tackett JL, editors. *Handbook of personality development*. New York. The Guilford Press; 2019. p. 551-571.  
<https://doi.org/10.4324/9781315805610.ch11>
28. López F, Blasco L, González JL, Tàrrega B, Mundo P, Harbane-Boschot D, et al. Perfil de personalidad en una muestra de adolescentes en tratamiento ambulatorio. Estudio preliminar con el MMPI-A. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2007; 24(2, 3 y 4): 200-12.  
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/102>
29. Serrano C, Andreu Y, Murgui S. The Big Five and subjective wellbeing: The mediating role of optimism. *Psicothema*. 2020;32: 352-8.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.392>
30. Romero E, Alonso C. Maladaptive personality traits in adolescence: Behavioural, emotional and motivational correlates of the PID-5-BF scales. *Psicothema*. 2019;31: 263-70.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.86>

Laura Hermida-Barros, PsyD<sup>1</sup>   
Pilar Santamarina-Perez, PhD<sup>1\*</sup>   
Alicia Beltran<sup>2</sup>  
Yeray Pastor<sup>1</sup>  
Elias Guillen<sup>1</sup>   
Astrid Morer, MD, PhD<sup>1,3,4</sup> 

1. Departamento de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2017SGR88, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, Barcelona, España.  
2. Profesora y educadora de yoga. Fundación Casa del Tíbet, Barcelona, España.  
3. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España.  
3. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Pilar Santamarina-Perez  
Correo: [psantama@clinic.cat](mailto:psantama@clinic.cat)

*Los beneficios del yoga en un entorno comunitario para adolescentes que asisten a un hospital de día de salud mental*

*The Benefits of Yoga in a Community Setting for Adolescents Attending a Mental Health Day Hospital*

## RESUMEN

Los adolescentes con trastorno mental grave suelen tener importantes dificultades en la toma de conciencia de sus sensaciones corporales, emociones y pensamientos, lo que se asocia con escasas habilidades de regulación emocional. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar los efectos del yoga en las habilidades de conciencia corporal en adolescentes con trastorno mental grave que asisten a un hospital de día. **Material y métodos:** La muestra estuvo formada por ocho adolescentes de 12 a 16 años. Los pacientes acudieron a la Casa del Tíbet de Barcelona semanalmente para recibir sesiones de yoga durante un máximo de 14 sesiones. El *Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents* (MAAS-A) y el *Child and Adolescent Mindfulness Measure* (CAMM) fueron rellenadas antes y después del programa. **Resultados:** Al final de la intervención la conciencia corporal mejoró, especialmente en el CAMM. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que el yoga puede mejorar las habilidades de conciencia plena en adolescentes con trastornos mentales que por su gravedad e interferencia asisten a un hospital de día.

**Palabras clave:** salud mental, adolescentes, hospital de día, conciencia plena (mindfulness).

## ABSTRACT

Adolescents with severe mental disorders often have significant difficulties in achieving awareness of their body sensations, emotions and thoughts, which is associated with poor skills in emotional regulation. **Objective:** This study aims to analyze the effects of yoga on mindfulness skills in adolescents with severe mental health conditions who are attending a day hospital. **Material and methods:** The sample comprised eight adolescents from 12 to 16 years of age. The patients went to the Tibet House of Barcelona to receive yoga sessions for 14 weeks. The Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents (MAAS-A) and the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) were used before and after the program. **Results:** At the end of the intervention, adolescents scored higher on mindfulness measures. **Conclusions:** Yoga may improve mindfulness skills in adolescents with mental disorders who due to their severity and functional interference are treated in a day hospital.

**Keywords:** aggression; child; emergency service; adolescents.

## INTRODUCCIÓN

El yoga tiene como objetivo mejorar la interacción entre la mente y el cuerpo, y así incrementar la toma de conciencia de las sensaciones procedentes del cuerpo. Su práctica se ha extendido rápidamente por todo el mundo. Hay evidencia sobre los efectos del yoga en condiciones médicas y psiquiátricas. Los principales hallazgos muestran una mejora en el bienestar emocional y en la atención y velocidad de procesamiento, mejor calidad del sueño, menor estrés laboral, mayor tolerancia a situaciones que generan malestar emocional y reducción del dolor (1). Los beneficios del yoga también se han demostrado en población adolescente, concretamente en el ámbito escolar. Los resultados sugieren que el yoga ayudaría a inducir un mayor estado de relajación, focalizar la atención y mejorar la creatividad en adolescentes (2). Los adolescentes con trastorno mental grave, esto es, aquellas patologías que por su gravedad e intensidad comprometen de manera significativa la evolución, el desarrollo personal y el aprendizaje de los adolescentes que lo padecen, suelen presentar dificultades en la toma de conciencia de sus sensaciones físicas, emociones y pensamientos. A la vez, una proporción importante de ellos carecen de estrategias de regulación emocional y tolerancia al malestar (3), que puede llevarles a conductas de riesgo y, por tanto, un empeoramiento sintomatológico. Los programas terapéuticos con el objetivo de mejorar las habilidades de conciencia corporal pueden ayudar a regular las emociones y mejorar la tolerancia al malestar. Este estudio piloto tiene como objetivo analizar los efectos del yoga en las habilidades de conciencia corporal en adolescentes con condiciones de salud mental graves que asisten a un hospital de día.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estuvo formada por ocho adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 16 años. Los participantes estaban diagnosticados de: trastorno depresivo, trastorno ansioso, trastorno psicótico, trastorno conductual o trastorno bipolar. Debido a la gravedad del trastorno y su interferencia funcional, los pacientes estaban asistiendo al hospital de día tres veces a la semana. El programa de yoga consistió en 14 sesiones semanales de noviembre de

2021 a marzo de 2022. Cada sesión duró 50 minutos y tuvo lugar fuera del ambiente hospitalario, concretamente en la Casa del Tíbet de Barcelona. La Casa del Tíbet es una fundación cultural y sin ánimo de lucro cuya finalidad es contribuir al conocimiento de la cultura tibetana y preservar sus tradiciones ancestrales. Las sesiones fueron realizadas por una profesora entrenada en yoga. Con el objetivo de mejorar las habilidades de conciencia corporal a continuación se detallan la estructura de las sesiones:

- La primera parte consistió en ejercicios de **respiración consciente** y **automasaje**, para fomentar la atención hacia el cuerpo y la sensibilidad/tacto.
- La segunda parte fue la práctica en sí, siempre se repetía utilizando entre 5 y 8 **movimientos (siempre en el mismo orden) que conectan con diferentes partes del cuerpo y su exploración somática** y una pauta de respiración guiada en cada gesto y conectado con la atención de éste. A su vez mientras expresaban el gesto del movimiento, se les introducía valores éticos y pedagógicos para fomentar su conocimiento y exploración somática hacia su cuerpo y estabilidad motivacional durante este esfuerzo.
- La parte final, consistió en cinco **movimientos de relajación** más sencillos, donde el participante percibía calma mental y dejaba ir todo esfuerzo, finalizando con una ligera **meditación guiada**.

Para evaluar los cambios en conciencia corporal se utilizaron dos cuestionarios validados en español: la escala de conciencia plena para adolescentes (*Mindful Attention Awareness Scale-Adolescents*, MAAS-A) (4) y la Medida de conciencia plena para niños y adolescentes (*Child and Adolescent Mindfulness Measure*, CAMM) (5). Los pacientes los rellenaron antes y después del programa.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Clínic de Barcelona (HCB/2021/0203). Todos los participantes y tutores legales firmaron el consentimiento informado correspondiente y confirmaron su participación en el mismo.

## RESULTADOS

El número de sesiones media completadas por los participantes fue de 6,25 (DT: 2,6) de un total de 14 (44,64% porcentaje de asistencia). Las puntuaciones a los cuestionarios al inicio del estudio

fueron: CAMM (M=13,12, DT=7,25) y MAAS-A (M=33,25; DT=12,32). Los pacientes puntuaron significativamente más alto en el CAMM (M=22,12; DT=8,06) al finalizar las sesiones comparado con el inicio [ $t(7)=-4,02$ ,  $p=0.005$ ]. No hubo diferencias significativas en el MAAS-A [ $t(7)=-1,465$ ;  $p=0,186$ ], aunque sí que presenta una mejoría en las puntuaciones tras la realización de las sesiones (M=42,88; DT=14,84).

## DISCUSIÓN

Los adolescentes que acuden al hospital de día presentan puntuaciones bajas en los cuestionarios de conciencia plena (CAMM y MAAS-A). Estas puntuaciones fueron más bajas que las obtenidas por adolescentes controles sanos en estudios previos (CAMM: M=22,73; DT=7.33; MAAS-A: M=65,90; DT=10,6) (4,5). Esto indica que presentan dificultades importantes en la toma de conciencia de sus pensamientos, sentimientos y emociones corporales. Después de practicar yoga, los participantes obtuvieron puntuaciones más altas en ambos cuestionarios en comparación con el inicio, aunque solo el CAMM fue significativo. Los datos sugieren que el yoga puede mejorar las habilidades de conciencia plena (*mindfulness*) en adolescentes con problemas de salud mental que requieren de un tratamiento de hospital de día. Un mayor nivel de conciencia plena se asocia con mayores habilidades de regulación emocional y tolerancia a la angustia (6,7), lo cual es crucial en estos pacientes.

A pesar de los resultados prometedores, cabe destacar algunas limitaciones. El tamaño de la muestra fue pequeño, ya que el estudio fue diseñado como piloto para justificar la inclusión del yoga como tratamiento complementario del hospital de día. A pesar de la muestra limitada, los datos indican mejoría en la capacidad para tomar conciencia corporal. Por otro lado, los pacientes que acudieron al hospital de día recibieron otras actividades terapéuticas que también podrían incidir en la mejoría encontrada. Sin embargo, esta fue la única actividad destinada a mejorar la conciencia sobre las sensaciones corporales. Por último, también hay que destacar que el número de sesiones asistidas fue bajo, lo que indica las dificultades de esa

población para comprometerse con una actividad, a pesar de ello, los resultados fueron positivos.

Estos hallazgos sugieren que el yoga realizado en un entorno comunitario puede mejorar las habilidades de conciencia corporal y desempeñar un papel importante como un componente del programa terapéutico en un hospital de día de salud mental para adolescentes. Además, este estudio piloto reduce la brecha existente entre los recursos de la comunidad y los servicios públicos de salud mental. Debido a la escasa cantidad de investigación en este campo, se necesitan estudios futuros que utilicen una metodología más rigurosa para confirmar estos resultados.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos los participantes de este estudio sin los cuales no habría sido posible. También estamos agradecidos a la Fundación Casa del Tíbet y a todos los profesionales del hospital de día.

## SUBVENCIÓN

Este estudio no recibió ninguna subvención.

## CONTRIBUCIONES

LH y PS han reclutado la muestra, realizado la base de datos y elaboración del manuscrito. AB ha sido la profesora de yoga y ha participado en la elaboración del manuscrito. YP y EG han elaborado el proyecto y la ejecución del mismo. AM ha supervisado la realización del proyecto y participado en la elaboración del manuscrito.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Field T. Yoga research review. Vol. 24, Complementary Therapies in Clinical Practice. Churchill Livingstone; 2016. p. 145-61.  
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.06.005>

2. Simkin DR, Black NB. Meditation and mindfulness in clinical practice. Vol. 23, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. W.B. Saunders; 2014. p. 487-534.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.03.002>
3. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. Psychol Bull. 2017 Sep 1;143(9):939-91.  
<https://doi.org/10.1037/bul0000110>
4. Calvete E. Propiedades psicométricas de la versión española de la “escala de atención y conciencia plena para adolescentes” (mindful attention awareness scale-adolescents) (MAAS-A). Vol. 22, Behavioral Psychology / Psicología Conductual. 2014.
5. Viñas F, Malo S, González M, Navarro D, Casas F. Assessing Mindfulness on a Sample of Catalan-Speaking Spanish Adolescents: Validation of the Catalan Version of the Child and Adolescent Mindfulness Measure. Span J Psychol. 2015;18: E46.  
<https://doi.org/10.1017/sjp.2015.48>
6. Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. Vol. 8, Frontiers in Psychology. Frontiers Research Foundation; 2017.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
7. Kraemer KM, Luberto CM, O'Bryan EM, Mysinger E, Cotton S. Mind-Body Skills Training to Improve Distress Tolerance in Medical Students: A Pilot Study. Teach Learn Med. 2016 Apr 2;28(2): 219-28.  
<https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146605>

Ester Marín-Gámez <sup>1</sup>  
Inmaculada Navas-Domenech <sup>1</sup>   
Isabel Hernández-Otero <sup>2</sup>   
Almudena Ramírez-Martín <sup>1</sup>   
Fermín Mayoral-Cleires <sup>1</sup>   
Miguel A. Barbancho-Fernández <sup>3</sup>   
J. Pablo Lara-Muñoz <sup>3</sup>   
Marina Romero-González <sup>1, 3 \*</sup> 

1. Hospital Universitario Regional de Málaga. IBIMA, España.  
2. Hospital Clínico de Málaga. IBIMA, España.  
3. Departamento de Salud Cerebral. Facultad de Medicina. CIMES.  
UMA, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Marina Romero-González  
Correo: [marinarglez@gmail.com](mailto:marinarglez@gmail.com)

*Traducción y Adaptación en Español del  
Manual de Emociones Expresadas para  
Trastorno del Espectro Autista y otros  
Trastornos Relacionados*

*Spanish Version of Expressed Emotion  
Manual for Autism Spectrum and Related  
Disorders: Cultural Adaptation and Content  
Validation*

## RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta al desarrollo social y de la comunicación, así como patrones de conductas restrictivas y repetitivas. El TEA también se asocia a una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos coexistentes. En el esfuerzo de identificar características del ambiente familiar que puedan influir en el curso de estos trastornos coexistentes en individuos con TEA, los investigadores están explorando el constructo de Emociones Expresadas (EE) que mide la relación afectiva entre dos personas, cuyos dominios son el criticismo, calidez, relación y sobre-implicación emocional. El estudio actual tiene como objetivo revisar el constructo de EE, cómo se mide y se aplica en la relación paterno-filial en niños con desarrollo típico y población TEA y describir la adaptación cultural en español así como validar la traducción del contenido del *Manual de Autism-Specify Five Minutes Sample Speech (ASFMSS)*.

**Palabras clave:** Trastorno del espectro autista, emociones expresadas, comorbilidades, relación afectiva.

## ABSTRACT

Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects social and communication development with a pattern of restricted and repetitive behaviours. ASD is also associated with high rates of co-existing psychiatric disorders. In an effort to identify characteristics of the family environment that may influence the course of co-existing psychiatric disorders in children with ASD, researchers have explored the phenomenon of expressed emotion (EE). EE is a construct of the affective relationship between two people, with domains characterized by criticism, warmth, relationship and emotional over- involvement. The current study aims to provide a review of the construct of EE, how it is measured and applied to parent-child relationships in typical development children and in ASD population and to describe the Spanish cultural adaptation and content validity of the *Manual of ASFMSS (Autism Specify Five Minutes Sample Speech)*.

**Keywords:** Autism spectrum disorder, expressed emotion, comorbidities, affective relationship.

## INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se caracterizan por déficit a nivel de interacción social y comunicación, así como la presencia de comportamientos estereotipados e intereses restringidos (1). En el pasado, todos los problemas asociados al TEA se atribuían al mismo trastorno. Sin embargo, muchos autores apoyan la importancia de llevar a cabo una caracterización fenotípica para mejorar la clasificación DSM-5, basado no sólo en la sintomatología nuclear de TEA sino en sus comorbilidades y otros factores que influyen en su funcionalidad como de este complejo espectro del autismo. (2,3).

Acorde a un reciente metaanálisis se estima una prevalencia en TEA del 28% para Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), un 20% para trastorno de ansiedad; un 13% para trastornos del sueño; 12% para trastorno de conducta, control de impulsos y conductas disruptivas; un 11% para trastorno depresivo; un 9% trastorno obsesivo; 5% para trastorno bipolar y un 4% para esquizofrenia (4). La frecuencia de estos trastornos es entre 5 y 10 veces mayor en esta población en comparación con la población general de niños con desarrollo típico. Las razones de este incremento de trastornos comórbidos y coexistentes en TEA han sido explicadas sólo de manera parcial. Es probable que se compartan los factores de riesgo genético en la comorbilidad con trastornos del neurodesarrollo tal como TDAH (5). Sin embargo, esta explicación no parece aplicarse a otros trastornos coexistentes con los trastornos de ansiedad (6).

El ambiente familiar y parental se considera un factor ambiental importante para el desarrollo y mantenimiento de psicopatología en niños con desarrollo normal. Un particular foco de investigación en psicopatología es la relación afectiva-emocional entre padres/madres o cuidadores y sus hijos. Quizás el constructo mejor establecido y más investigado para medir la relación emocional son las emociones expresadas (EE) (7).

Las EE es un constructo que encapsula varios dominios, incluyendo el nivel de afecto (Warmth, WAR), criticismo (Critical Comments, CC) y/o sobreimplicación emocional (Emotional over-

involvement, EOI) expresada por los padres o cuidadores hacia su familiar, a menudo su hijo. Medidas de EE produce un número de dominios, pero tradicionalmente la medida general de “alta” EE se encuentra cuando el número de comentarios críticos excede un umbral establecido o por la presencia de “bajo” afecto ó marcado EOI (8).

En la revisión sistemática realizada por Romero et al., 2018, once estudios cumplieron criterios de inclusión y analizados para describir la evidencia que existe acerca de la relación entre comorbilidades psiquiátricas y altos niveles de EE en padres de niños con TEA. En esta revisión se apoya la hipótesis de que “altos” niveles de criticismo están relacionados con altos niveles de problemas externalizantes en niños y adolescentes con TEA, incluso después de considerar otros aspectos tal como síntomas autistas y ambiente familiar. También se sugiere que múltiples componentes de EE- aparte de criticismo- pueden ser consideraciones importantes para jóvenes con TEA y que la naturaleza de las relaciones puede ser compleja cuando se consideran otras variables (9).

Mientras que han sido dedicadas considerablemente menos investigaciones a factores ambientales en TEA, la alta proporción de psicopatología adicional subraya la importancia de identificar factores de riesgo que pueden afectar el desarrollo o mantenimiento de comorbilidad emocional y problemas de conducta, porque eso podría proporcionar objetivos para la intervención.

En este artículo pretendemos proporcionar una introducción al constructo de EE, como es medido y aplicado a la relación padre-hijo en niños con desarrollo típico y población TEA; así como describir el proceso de traducción y adaptación cultural en castellano del manual de emociones expresadas para padres/madres y cuidadores de niños con TEA; Autism Specify Five Minutes Sample Speech (ASFMSS).

Además, este estudio aportará la traducción de este manual de emociones expresadas en trastorno del espectro autista para poder ser usada en los países hispano hablantes.

### El constructo de emociones expresadas

EE es un constructo que describe aspectos de la relación afectiva entre dos personas. Puede ser

medido de diferentes formas y contiene distintos dominios caracterizados por afecto, criticismo/hostilidad o comentarios negativos, la calidad de la relación diádica y la sobreimplicación emocional.

EE fue primero explorada en pacientes con Esquizofrenia y sus familiares (8). El nuevo hallazgo, apoyado por estudios robustos, fue que pacientes con Esquizofrenia que vivían con familiares que expresaban altos niveles de EE hacia los pacientes demostraron una mayor proporción de recaídas (10).

### Camberwell Family Interview (CFI)

El concepto de EE y el esquema original de codificación fue derivada desde la información obtenida en la CFI (8). Esta entrevista semi-estructurada permanece como el instrumento *gold standard* para valorar el clima emocional entre dos individuos. Características de la relación diádica es inferida desde una descripción oral del informante de la otra persona y la naturaleza de su relación. Una calificada puntuación debería codificarse a través de grabaciones de audio en 5 escalas:

1. Comentarios críticos (contaje de frecuencia)
2. Hostilidad (puntuado entre 0-3)
3. Comentarios positivos (contaje de frecuencia)
4. Sobreimplicación emocional (EOI) (puntuado entre 0-5)
5. Afecto (WAR) (puntuado entre 0-5)

Las puntuaciones para Hostilidad, Afecto y EOI son puntuaciones evaluadas globalmente al final de la entrevista. A pesar de ser el *gold standard*, varias cuestiones han limitado el uso de CFI y otras medidas han sido desarrolladas y extendidas como por ejemplo el tiempo de aplicación superior a 60 minutos y tiempo de corrección superior a 120 minutos.

### Five Minute Speech Sample (FMSS)

El FMSS es la escala más extensamente usada como medida breve (11). Tiene la ventaja de estar basada en la CFI, es rápida de administrar tomando menos tiempo para codificar y requiere menos aprendizaje para usarlo. Los padres/madres (u otros familiares) son instruidos para hablar del niño

“objetivo” durante un período de 5 minutos. El padre es preguntado para que hable sobre el niño, sobre los últimos 6 meses, lo que le ha gustado de él, sobre qué clase de persona es el niño, la relación que tienen padre/madre- hijo, y cómo se llevan los dos.

Seis dominios diferentes de EE son codificados desde el FMSS:

1. **Enunciado inicial (IS):** la primera declaración que el padre hace sobre su hijo (codificado como positivo, neutral o negativo).
2. **Criticismo (CC):** comentarios negativos del padre sobre su hijo (codificados como contaje de frecuencias).
3. **Relación (REL):** evidencia de que el padre disfruta y valora el tiempo que emplea con su hijo
4. **Comentarios positivos (CP):** cualquier declaración sobre el niño el cual sea positivo en su naturaleza (codificado como contaje de frecuencia).
5. **Insatisfacción (IN):** describe conductas desfavorables del niño, características o rasgos de personalidad, pero no son suficientes para encontrar el criterio criticismo (codificado como presente o ausente).
6. **Sobreimplicación emocional (SIE):** desglosado en componentes específicos: conducta de autosacrificio / sobreprotectora, pantalla emocional (cuando uno de los padres llora o es incapaz de hablar), excesivo detalle (puntuado cuando una cantidad desmedida de información es dada sobre el pasado lejano del niño), y declaración de actitud (puntuado cuando el encuestado expresa unos fuertes sentimientos de amor para el familiar o complacencia de hacer cualquier cosa para el niño en el futuro).

Las dimensiones de esta herramienta se utilizan con una puntuación final dicotómica de alta/bajo nivel de EE basado en los criterios de dicho manual (11). Altos niveles de EE representa a padres/madres que son críticos así como emocionalmente sobreimplicados en la relación afectiva con sus hijos. Niveles bajos de EE representa al grupo de padres que no se muestran críticos con su hijo y no se evidencian niveles altos de sobreimplicación emocional.

Algunos estudios han demostrado que existe un buen nivel de validez y fiabilidad inter evaluadores entre la entrevista CFI y el FMSS (11). Sin embargo,

otros estudios sugieren que el FMSS tiende a subestimar los niveles altos de EE en comparación con la entrevista CFI, un problema que ha podido ser parcialmente remediado con la inclusión de una puntuación límite “borderline” puntuando alto nivel de criticismo ó SIE (12). Como la entrevista CFI, el instrumento de FMSS fue inicialmente creado para valorar el ambiente relacional de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, recientemente existen muchos estudios que han evaluado este constructo en familias de niños y adolescentes (7,13,14). Esto ha conducido el cuestionamiento de si esta prueba era adecuada en investigación para los más jóvenes, en especial para los niños con problemas del neurodesarrollo como el TEA (7,15,16,17). Con la intención de llevar a cabo esta cuestión, Beck et al. (2004) exploraron la fiabilidad del FMSS en padres de niños con discapacidad intelectual con hallazgos favorables a nivel de parámetros psicométricos de validez y fiabilidad para las puntuaciones de alto/bajo nivel de EE (18).

### El Cuestionario de Familia (FQ)

El FQ (19) es un cuestionario breve auto-rellenable para evaluar EE. Los miembros de la familia deben de puntuar 20 ítems en una escala de 4 puntos relacionado con sus sentimientos hacia su hijo/a. 10 ítems pertenecen a criticismo/hostilidad. (por ejemplo, “el/ella me irrita” ó “ yo intento no criticarle”) , mientras que los otros 10 ítems pertenecen a sobreimplicación familiar (por ejemplo, “ yo con frecuencia pienso sobre si le habrá ocurrido algo” o “ Tengo que dejar de hacer cosas importantes para poder ser capaz de ayudarlo”). El objetivo de esta escala es poder ofrecer una escala breve que sea más fácil de administrar en menos tiempo que las otras escalas CFI ó FMSS. El FQ está validado con la CFI en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (19); En este estudio la consistencia interna fue evaluada en dos muestras, con una puntuación de Cronbach alpha de 0.92 y 0.90 para criticismo (CC) y 0.79 y 0.82 para EOI (19). Aunque estos estudios sugieren que FQ tiene un factor estructural claro, buena consistencia interna de las subescalas y aceptable relación con CFI, se necesita estudios de validación futuros para

validar todos los componentes de EE acorde a CFI con respecto a la utilidad predictiva de esta escala en relación con los reingresos en los individuos diagnosticados de Esquizofrenia.

### Muestra de discurso de cinco minutos específica para el autismo (ASFMSS)

El ASFMSS se basa en Five Minutes Speech Sample (11) y Preschool Five Minutes Speech Sample (15) y fue diseñado para su uso con padres de niños preadolescentes con trastornos del espectro autista. El uso generalizado del FMSS ha ayudado a estimular la investigación de la EE al ofrecer a los investigadores una forma más rentable de evaluar la EE en comparación con el CFI, que es mucho más largo. Sin embargo, se han planteado dudas sobre su aplicabilidad a niños con autismo, más particularmente sobre la precisión de los criterios FMSS utilizados para calificar las críticas entre los padres/madres de niños con autismo (7,15,16). En respuesta a estas preocupaciones, Daley y Benson (15) desarrollaron el ASFMSS como un enfoque modificado para evaluar la EE en las familias de niños con autismo y trastornos relacionados (15). La preocupación subyacente es que el comportamiento difícil y desafiante de los niños con TEA puede llevar a los padres a describirlos de formas más negativas durante una muestra de habla de cinco minutos, lo que no refleja con precisión la calidad de la relación, sino más bien la naturaleza del comportamiento del niño.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, el ASFMSS realiza variaciones con respecto al FMSS. Este manual específico para población TEA consta de 6 medidas; cuatro escalas globales: 1. declaración inicial (IS); 2. relaciones (REL), calificadas como positivas, neutrales o negativas; 3. calidez (WAR, recién agregado); y 4. la sobre-implicación emocional (EOI) se califica como alta, moderada o baja. También hay dos recuentos de frecuencia: 5. comentarios críticos (CC) y 6. comentarios positivos (PC. recién agregado). Para reflejar mejor cómo los padres suelen describir a sus hijos autistas, el ASFMSS otorga una calificación de EE alto si la muestra del habla contiene al menos una escala global negativa (IS, WAR, REL) y un número mayor de CC que de PC.

Esto contrasta con el FMSS, donde se respalda una alta EE cuando se otorga una calificación de alta crítica o alta EOI. Además, a diferencia del FMSS, el ASFMSS también proporciona una puntuación para EE moderado o "límite", que se asigna si la muestra del discurso contiene al menos una calificación global negativa en IS, WAR o REL o más CC que PC. Finalmente, se asigna una calificación de EE bajo en ausencia de EE alto o en el límite. Benson et al. (2011) evaluaron 30 muestras de voz seleccionadas al azar por tres evaluadores diferentes. La confiabilidad entre evaluadores y la confiabilidad del código-recodificación en dos ocasiones separadas, para los seis componentes del ASFMSS y para la puntuación total de EE, estuvieron en el rango de bueno a excelente (20).

Además, la EE se ha explorado en familias de jóvenes con desarrollo típico (TD) con otra psicopatología (21), así como en familias de personas con trastornos intelectuales y del desarrollo (18, 22). En familias de niños TD, los niveles más altos de crítica de los padres se han asociado con un comportamiento infantil más problemático en múltiples puntos del curso de la vida (13,22,23,24).

Finalmente, en los últimos años se han incrementado los estudios que destacan el importante papel de la emoción expresada por los padres en el curso de diferentes patologías durante la niñez y adolescencia tales como; trastornos alimentarios (25,26,27), TDAH (28), problemas de conducta (29, 30), psicosis temprana (31,32) y trastornos afectivos (33).

### **Método Adaptación del Manual ASFMSS al idioma español**

El proceso de traducción y adaptación cultural se llevó a cabo según la metodología de Ramada-Rodilla (2013), primera fase (34). *Capacitación:* Antes del presente estudio, uno de los miembros de nuestro equipo (MRG) recibió una sesión de capacitación en inglés en Londres sobre el uso y la puntuación del ASFMSS por uno de los autores principales, el profesor David Daley. MRG completó con éxito el curso de administración y puntuación del ASFMSS, impartido en el Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencia del King's College de Londres. *Traducción (paso 1).* El segundo paso fue la traducción

del manual al español para la administración y puntuación de ASFMSS por parte de uno de los miembros bilingües del equipo (IND) y revisado por MRG, incluyendo un *resumen de los puntos más importantes (paso 2)*. Otro psiquiatra bilingüe (IHO) luego retrotradujo (paso 3) la versión en español del manual al inglés. La traducción inversa fue revisada por IND y MRG de forma independiente, quienes compararon con la versión original y coincidieron en un alto nivel de concordancia (Tabla 1). *Adaptación cultural (paso 4).* Una vez realizadas estas dos tareas, se llevó a cabo una reunión de adaptación cultural por parte de todos los miembros del equipo, incluyendo una revisión por parte de un investigador monolingüe español (ARM) que participó en el proceso de comprensión y adaptación cultural de la versión final en español.

Se realizaron cambios menores después de esta reunión para adaptarse mejor a nuestra cultura, principalmente algunas expresiones coloquiales en los ejemplos que requerían adaptación cultural (Ver Anexo I\_ Manual ASFMSS, Anexo II\_ Normas de Administración y Anexo III\_ Formulario de puntuación).

*Prueba previa (paso 5).* Una vez finalizada la versión final, el paso final fue comprobar la validez de contenido por juicio de expertos. Seleccionamos a tres expertos independientes, un psicólogo clínico infantil, un psiquiatra infantil y un psiquiatra de adultos con experiencia en el uso de las herramientas de emociones expresadas existentes. Fueron seleccionados de acuerdo con los principales criterios de Skjong y Wentworht (2000): (a) experiencia en evaluaciones clínicas e investigación, (b) disponibilidad y motivación (c) imparcialidad y adaptabilidad y (d) reputación de la comunidad; todos ellos eran investigadores junior, pero con más de diez años de experiencia como clínicos (35). Los expertos completaron la escala de validez de contenido de Escobar Pérez y Cuervo Martínez (2008) para puntuar las siguientes dimensiones: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para cada categoría de emoción expresada, con una valoración del 1 al 4, siendo el 4 la máxima valoración y 1 la mínima para las siguientes categorías; declaración inicial, calidez, relación, emoción-sobreimplicación, comentarios críticos y comentarios positivos (36) (Tabla 2).

**Tabla 1.** Proceso de Traducción, Adaptación Cultural (fase 1) y Validación (fase 2).

| FASE 1. TRADUCCION Y ADAPTACIÓN CULTURAL |                                            |                                                                                                      |                               |                  |
|------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| Paso 1                                   | Paso 2                                     | Paso 3                                                                                               | Paso 4                        | Paso 5           |
| Traducción directa                       | Síntesis de traducciones                   | Traducción inversa                                                                                   | Consolidación comité expertos | Pre-test         |
|                                          |                                            | Informe del proceso                                                                                  |                               |                  |
|                                          | Versión traducida y adaptada culturalmente |                                                                                                      |                               |                  |
| FASE 2. VALIDACIÓN                       |                                            |                                                                                                      |                               |                  |
| Fiabilidad                               |                                            | 1. Consistencia interna<br>2. Fiabilidad intra-observador<br>3. Fiabilidad inter-observador          |                               | Versión Validada |
| Validez                                  |                                            | 1. Validez aparente<br>2. Validez de contenido<br>3. Validez de criterio<br>4. Validez de constructo |                               |                  |

Fuente: Tabla obtenida de Romada-Rodilla et al., 2013

**Tabla 2.** Escala de Validación de Contenido. Adaptado de Escobar y Cuervo (2008).

| CATEGORÍA                                                                                           | CALIFICACIÓN                | INDICADOR                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUFICIENCIA</b>                                                                                  | 1 No cumple con el criterio | Las categorías y ejemplos no son suficientes para medir cada dimensión.                                                                                                     |
| <i>Las categorías que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.</i> | 2. Bajo Nivel               | Las categorías y ejemplos miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.                                                                 |
|                                                                                                     | 3. Moderado nivel           | Se deben incrementar algunas categorías y ejemplos para la poder evaluar la dimensión completa.                                                                             |
|                                                                                                     | 4. Alto nivel               | Los categorías y ejemplos son suficientes.                                                                                                                                  |
| <b>CLARIDAD</b>                                                                                     | 1 No cumple con el criterio | Las categorías no están claras.                                                                                                                                             |
| <i>Las categorías se comprenden fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</i>  | 2. Bajo Nivel               | Las categorías requieren bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras, de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas. |
|                                                                                                     | 3. Moderado nivel           | Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos de cada categoría.                                                                                   |
|                                                                                                     | 4. Alto nivel               | Las categorías están claras, tiene semántica y sintaxis adecuada.                                                                                                           |
| <b>COHERENCIA</b>                                                                                   | 1 No cumple con el criterio | Las categorías no tienen relación lógica con la dimensión                                                                                                                   |
| <i>Las categorías tienen relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</i>        | 2. Bajo Nivel               | Las categorías tienen una relación tangencial con la dimensión.                                                                                                             |
|                                                                                                     | 3. Moderado nivel           | Las categorías tienen una relación moderada con la dimensión que está midiendo.                                                                                             |
|                                                                                                     | 4. Alto nivel               | Las categorías se encuentran completamente relacionadas con la dimensión que está midiendo.                                                                                 |
| <b>RELEVANCIA</b>                                                                                   | 1 No cumple con el criterio | Las categorías pueden ser eliminadas sin que afecte a la medición de la dimensión                                                                                           |
| <i>Las categorías son esenciales o importantes, deben de ser incluidas.</i>                         | 2. Bajo Nivel               | Las categorías tienen alguna relevancia, pero otra categoría podría medir esta dimensión.                                                                                   |
|                                                                                                     | 3. Moderado Nivel           | Las categorías son relativamente importantes.                                                                                                                               |
|                                                                                                     | 4. Alto Nivel               | Las categorías son muy relevantes y deben de ser incluidos.                                                                                                                 |

## CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS

Esta investigación no involucra participantes humanos. No fueron necesarios por consiguiente consentimientos informados. Los investigadores no tienen ningún potencial conflicto de interés. El profesor Benson y el profesor Daley tienen los derechos de autor y propiedad intelectual del manual de ASFMSS. Han sido informados sobre la publicación del manual en idioma español y lo han aceptado.

El estudio se llevará a cabo siguiendo los principios desarrollados por la Asociación Médica Mundial, descritos en la Declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

Los resultados de las escalas cumplimentadas a juicio de los expertos muestran un buen nivel de concordancia para todas las dimensiones del manual: *Declaración Inicial*, *Calidez*, *Relación*, *Sobreimplicación Emocional*, *Comentarios Críticos* y *Comentarios Positivos*. Todos los expertos coincidieron en un nivel entre moderado (3) y alto (4) para suficiencia, claridad, coherencia y relevancia para *Declaración Inicial*, *Calidez* y *Sobreimplicación Emocional* y un nivel alto (4) para *Relación*, *Comentarios Positivos* y *Críticos* como podemos ver en los gráficos (Ver [Figura 1](#)).

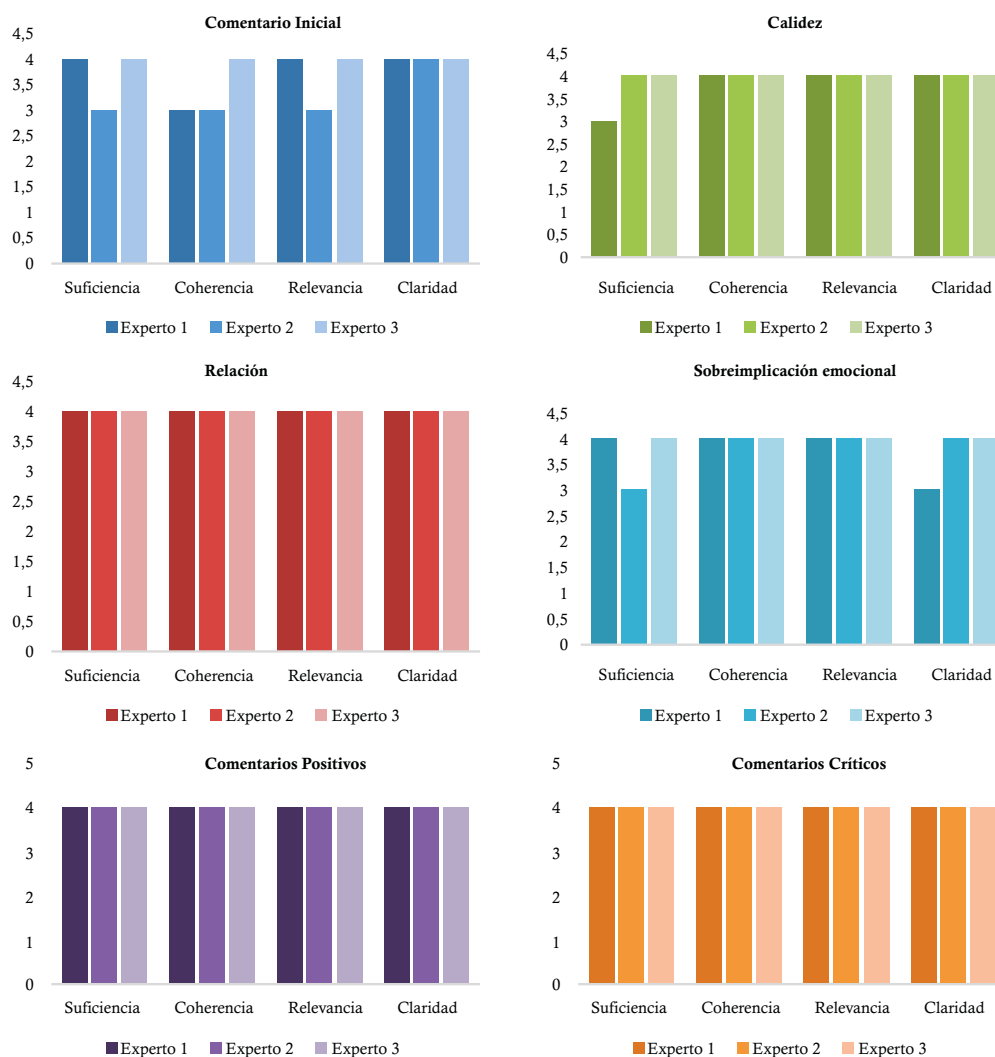


Figura 1. Juicio de los Expertos.

## DISCUSIÓN

En este estudio realizamos una descripción del constructo de EE y su reciente utilización en padres/madres de niños con TEA como reflejo de la relación existente padre/madre-hijo, gracias a adaptación realizada por Benson et al, 2011 del manual FMSS a familiares de niños con TEA, con la creación del ASFMSS, teniendo en cuenta sus características y cómo puede afectar a un padre/madre a la hora de describir la relación con un hijo con TEA ó trastornos relacionados. Un ejemplo son las descripciones de comentarios relacionados con características propias del TEA que se podrían considerar como comentarios negativos en el FMSS y como podemos ver en el manual adaptado a TEA ([Anexo I](#), ASFMSS), esto no se tiene en cuenta en el mismo y se puntuaría como comentarios “neutros” y propios del TEA. Durante la traducción de este, hemos consensuado los diferentes ejemplos propios de esta población para que sean lo más fiable posible acorde al manual original y adaptarlo a nuestra cultura, ya que debido a las diferencias culturales algunos ejemplos eran considerados como poco espontáneos en nuestra habla coloquial si se traducían literalmente.

Consideramos que este estudio no solo se suma a la literatura sobre EE y TEA, sino que también tiene importantes implicaciones clínicas, ya que agrega una nueva herramienta en la población de habla hispana para evaluar el entorno emocional en el que se desarrollan estos niños. Ha habido relativamente poca investigación sobre el papel de los factores familiares en las personas con TEA. Es probable que el fuerte papel de las influencias genéticas en el autismo sea una explicación parcial del descuido en esta área ya que el impacto negativo en las familias de la visión ahora desacreditada de que los “padres frigoríficos” también pueden haber jugado un papel causal en la supresión de la investigación en esta área ([37](#)).

Sin embargo, se reconoce que el entorno familiar es un factor significativo para el desarrollo y/o mantenimiento de la psicopatología entre los niños TD ([21,37](#)) y para la población con TEA ([38, 39, 40](#)) y por este motivo consideramos que la traducción de este manual puede ser enriquecedor para seguir estudiando el impacto que tiene el ambiente familiar en la psicopatología coexistente en esta población.

Las fortalezas de este estudio incluyen su método cuidadoso para hacer la traducción, la adaptación cultural y la validez de contenido para tener una versión en español robusta del instrumento ASFMSS que proporciona una medida confiable de EE en español para la población con TEA y trastornos relacionados, a pesar de las diferencias en lengua y cultura. Después de este trabajo obtuvimos la autorización de los autores para publicar la versión en español del manual para futuras investigaciones en países de habla hispana.

Este estudio está limitado por el hecho de que solo un miembro del equipo (MRG) fue capacitado para la sesión de capacitación en inglés en Londres sobre el uso y la puntuación del ASFMSS por uno de los autores principales. Además, sería necesario completar el proceso de validación, haciendo la segunda fase, de acuerdo con el método de Ramada-Rodilla (2013) ([34](#)). Por este motivo, en estos momentos, nuestro equipo también está realizando un estudio de validación multicéntrico en curso con una muestra de 70 ASFMSS, que permitirá la difusión de esta valiosa técnica.

Otra de las limitaciones que encontramos es la falta de instrumentos *gold standard* que puedan medir de manera objetiva y englobar la complejidad de las relaciones vinculares paterno-filiales a través de la narrativa de los padres. Este instrumento, aún siendo el único validado para medir las emociones expresadas de los padres/madres de niños con TEA, se basa tan sólo en el análisis de la narrativa de estos padres registrada durante cinco minutos. Finalmente, destacamos que este estudio describe algunas evidencias de que los altos niveles de emociones expresadas tienen efectos significativos en la salud mental de los niños con TEA y la utilidad que podría tener el contar con esta herramienta para evaluar el entorno emocional donde se desarrolla esta población. Sin embargo, el constructo de EE se ha aplicado recientemente a familias de personas con TEA y trastornos relacionados, como se describe en la revisión de Romero et al., 2018 y se necesita más investigación para comprender completamente la naturaleza de EE de estos padres/madres y el efecto sobre los problemas de salud mental coexistentes en esta población.

## REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
2. Grzadzinski R, Huerta M, Lord C. DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*. 2013;4(1). <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-12>
3. Romero M, Aguilar JM, Del-Rey-Mejías Á, Mayoral F, Rapado M, Peciña M, Barbancho MÁ, Ruiz-Veguilla M, Lara JP. Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016;16(3): 266-75. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.001>
4. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 819-29. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
5. Lundström S, Reichenberg A, Melke J, Råstam M, Kerekes N, Lichtenstein P, Gillberg C, Anckarsäter H. Autism spectrum disorders and coexisting disorders in a nationwide Swedish twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2015;56(6): 702-10. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12329>
6. Hallett V, Ronald A, Happe F. Investigating the association between autistic-like and internalizing traits in a community-based twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(6): 618-27. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819f7116>
7. Hastings RP, Lloyd T. Expressed emotion in families of children and adults with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007;13(4): 339-45. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20173>
8. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1976;15(2): 157-65. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1976.tb0021.x>
9. Romero-Gonzalez M, Chandler S, Simonoff E. The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*. 2018;72. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.10.022>
10. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(6): 547-52. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
11. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*. 1986;17(3): 203-12. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(86\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(86)90049-1)
12. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*. 2006;20(3): 386-96. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.3.386>
13. Baker BL, Heller TL, Henker B. Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2000;41(7): 907-15.
14. Boger KD, Tompson MC, Briggs-Gowan MJ, Pavlis LE, Carter AS. Parental Expressed Emotion Toward Children: Prediction From Early Family Functioning. *Journal of Family Psychology*. 2008;22(5): 784-8. <https://doi.org/10.1037/a0013251>
15. Daley D, Benson PR. Manual for coding expressed emotion in parents of children with autism spectrum disorders: The autism-specific five-minute speech sample Boston: Center for Social Development and Education, University of Massachusetts; 2008.
16. McCarty CA, Weisz JR. Correlates of expressed emotion in mothers of clinically-referred youth: An examination of the five-minute speech sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2002;43(6): 759-68. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00090>
17. Wamboldt MZ, Wamboldt FS. Role of the family in the onset and outcome of childhood disorders: selected research findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(10): 1212-9. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00006>

18. Beck A, Daley D, Hastings RP, Stevenson J. Mothers' expressed emotion towards children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2004;48(7): 628-38. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00564.x>
19. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: Development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*. 2002;109(3): 265-79. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(02\)00023-9](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(02)00023-9)
20. Benson PR, Daley D, Karlof KL, Robison D. Assessing expressed emotion in mothers of children with autism: The Autism-Specific Five Minute Speech Sample. *Autism*. 2011;15(1): 65-82. <https://doi.org/10.1177/1362361309352777>
21. Peris TS, Miklowitz DJ. Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. In *Child Psychiatry and Human Development*. 2015;46(6): 863-73. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0526-7>
22. Chadwick O, Kusel Y, Cuddy M. Factors associated with the risk of behaviour problems in adolescents with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2008;52(10): 864-76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01102.x>
23. Daley D, Sonuga-Barke EJS, Thompson M. Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2003;42(1): 53-67. <https://doi.org/10.1348/014466503762842011>
24. Hastings RP, Daley D, Burns C, Beck A. Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities. *Am J Ment Retard*. 2006 Jan;111(1): 48-61. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2006\)111\[48:MDAEEC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2006)111[48:MDAEEC]2.0.CO;2)
25. Rienecke RD, Accurso EC, Lock J, Le Grange D. Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2016;24(1): 43-51. <https://doi.org/10.1002/erv.2389>
26. Rienecke RD, Sim L, Lock J, Le Grange D. Patterns of expressed emotion in adolescent eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 2016;57(12): 1407-13. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12594>
27. Duclos J, Dorard G, Cook-Darzens S, Curt F, Faucher S, Berthoz S, Falissard B, Godart N. Predictive factors for outcome in adolescents with anorexia nervosa: To what extent does parental Expressed Emotion play a role? *PLoS ONE*. 2018;13(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196820>
28. Musser ED, Karalunas SL, Dieckmann N, Peris TS, Nigg, JT. Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 2016;125(2): 182-95. <https://doi.org/10.1037/abn0000097>
29. Psychogiou L, Moberly NJ, Parry E, Nath S, Kallitsoglou A, Russell G. Parental depressive symptoms, children's emotional and behavioural problems, and parents' expressed emotion - Critical and positive comments. *PLoS ONE*. 2017;12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183546>
30. Hale, WW, Crocetti E, Nelemans SA, Branje SJT, van Lier PAC, Koot HM., Meeus WHJ. Mother and adolescent expressed emotion and adolescent internalizing and externalizing symptom development: a six-year longitudinal study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;25(6): 615-24. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0772-7>
31. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Kwapil TR., Barrantes-Vidal N. Ecological Validity of Expressed Emotion in Early Psychosis. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00854>
32. Hinojosa-Marqués L, Domínguez-Martínez T, Sheinbaum T, Cristóbal-Narváez P, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Relatives' attachment anxiety mediates the association between perceived loss and expressed emotion in early psychosis. *PLoS ONE*. 2019;14(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223425>
33. Millman ZB, Weintraub MJ, Miklowitz DJ. Expressed emotion, emotional distress, and individual and familial history of affective disorder among parents of adolescents with bipolar disorder. *Psychiatry Research*. 2018;270: 656-60. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.054>

34. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. Salud Publica de Mexico. 2013;55(1): 57-66.  
<https://doi.org/10.1590/S0036-36342013000100009>
35. Skjong R, Wentworth B. Expert Judgement and risk perception; 2000.  
<http://research.dnv.com/skj/Papers/SkjWen.pdf>
36. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. Avances en Medición. 2008;6(1): 27-36.
37. Ramachandran VS, Oberman LM. Broken mirrors a theory of autism. Scientific American. 2006;295(5): 63-9.  
<https://doi.org/10.1038/scientificamerican1106-62>
38. Romero-González M, Marín E, Guzmán-Parra J, Navas P, Aguilar JM, Lara JP, Barbancho MÁ. Relationship between parental stress and psychological distress and emotional and behavioural problems in pre-school children with autistic spectrum disorder. Anales de Pediatría. 2020;94(2): 99-106.  
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.012>
39. Bonis S. Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. Issues in Mental Health Nursing. 2016;37(3): 153-63.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030>
40. Yorke I, White P, Weston A, Rafla M, Charman T, Simonoff E. The Association Between Emotional and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder and Psychological Distress in Their Parents: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2018;48(10): 3393-415.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3605-y>

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### **MANUAL PARA CODIFICAREMOCIONES EXPRESADAS EN PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: “THE AUTISM – SPECIFIC FIVE MINUTES SPEECH SAMPLE (ASFMSS)”**

David M Daley, Ph.D.  
Professor of Psychological Intervention and  
Behavior Change  
Division of Psychiatry and Applied Psychology  
School of Medicine  
University of Nottingham, Uk

Paul R. Benson, Ph.D.  
Department of Sociology and Center for Social  
Development and Education,  
University of Massachusetts Boston  
Boston, MA USA

Revisado 10 de Marzo, 2010

Traducido al Castellano por :  
Marina Romero González, MD,Ph.D.  
Inmaculada Navas Domenech, MD.  
Isabel Hernández Otero, MD.

\* Las propiedades intelectuales y derechos de autor  
corresponden a los autores originales: David M Daley y  
Paul R. Benson.

## 38 Bases fundamentales de los cambios en la

## ASFMSS

## Declaración inicial

- La declaración inicial en la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos Específico para Autismo (*Autism Specify Five Minutes Speech Sample – ASFMSS*) es muy similar a la de la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos (*Five Minutes Speech Sample – FMSS*). Sin embargo en la ASFMSS no se tiene en cuenta el apartado sobre los comportamientos negativos atribuidos a causas externas, ya que normalmente es complicado determinar qué se debe incluir bajo esta categoría. Por ejemplo, si los padres relacionan el comportamiento negativo con la discapacidad de su hijo o con su diagnóstico.
- En la ASFMSS se han cambiado los criterios para evaluar los comentarios iniciales que indican mejoría. Muchos de los padres que tienen un niño con una discapacidad como el Trastorno del Espectro Autista (TEA), exponen aspectos positivos (y negativos) del niño en el contexto de mejoría o de ausencia de ella. Por esta razón, si los padres mencionan la mejoría del niño o la falta de ella, dichos comentarios pueden utilizarse para calificar esta declaración como positiva o negativa, según los comentarios que realizan posteriormente.

**Calidez.** Esta categoría no se incluye en la FMSS. La razón de su inclusión en la ASFMSS es la siguiente:

- Una parte importante de las investigaciones realizadas sobre familias típicas, relaciona la calidez y el apoyo parental con la obtención de una variedad de resultados positivos en los niños. Aunque no se sabe mucho acerca de la calidez de las familias que tienen niños con una discapacidad como el TEA, existen razones para creer que la calidez de los padres también podría tener un efecto en el funcionamiento posterior del niño en estas familias.

**Sobreimplicación emocional (SIE).** Este apartado es completamente diferente al de la FMSS.

- Al igual que en la Muestra del Discurso de los Cinco Minutos en Preescolares (*Pre-school Five*

*Minutes Sample Speech – PFMSS*), la SIE se clasifica ahora en base a dos criterios: i) la evidencia de que existe un comportamiento sobreprotector/ autosacrificio excesivo por parte de los padres y/o ii) falta de objetividad con respecto al niño.

- Se ha excluido la respuesta emocional dada la dificultad para determinar si esta manifestación es el resultado de la dificultad con los niños con TEA, la tristeza o simplemente los niveles generales de estrés.
- Desde el punto de vista del desarrollo mental, los comentarios sobre la actitud no se evalúan en la ASFMSS dado que las fuertes declaraciones de amor y afecto hacia los niños serían apropiadas y esperadas por los padres que tienen hijos preadolescentes, incluyendo aquellos que tienen una discapacidad como el autismo. A partir de ahora las declaraciones de los padres sobre la disposición que tienen para hacer cualquier cosa por sus hijos se clasifican en el apartado de autosacrificios.
- El exceso de detalles que se aporta sobre el pasado ya no se clasifica en la ASFMSS. Dado que la población diana son los niños preadolescentes, clasificar los comentarios de los padres sobre “el pasado lejano” de los niños sería inapropiado.
- Los comentarios positivos se han eliminado del apartado de la SIE y se han incluido en una categoría independiente (véase más abajo). Las investigaciones indican que los padres que tienen un hijo con discapacidad expresan frecuentemente comentarios positivos sobre él y este punto de vista positivo sobre el niño tiene un impacto beneficioso en la familia y en el funcionamiento del niño. Por esta razón, se ha creado una categoría independiente en la ASFMSS para la frecuencia con la que se realizan comentarios positivos y se ha eliminado el apartado relacionado con la alabanza excesiva.

**Relación**

*Esta categoría ha cambiado con respecto a la FMSS de la siguiente forma:*

- Al igual que en la PFMSS, el interés por el familiar se ha reclasificado en un criterio que mide lo que los padres valoran y disfrutan la interacción con su hijo.

- Las declaraciones sobre la relación filio-parental en el pasado (hace más de un año), ya no se clasifican dado que, teniendo en cuenta la juventud de la población diana, esto sería inadecuado. Además, es muy probable que a los padres les resulte complicado recordar los detalles después de un año.

**Comentarios críticos.** Este apartado también ha variado ampliamente en la ASFMSS.

- Uno de los mayores cambios sobre los comentarios críticos en la ASFMSS, es la inclusión de “declaraciones de insatisfacción” y más explícitamente “críticas negativas” como un requisito para clasificar los comentarios críticos realizados sobre los comportamientos específicos de los niños. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA, normalmente no usan frases con alto contenido crítico como “le odio” o “me enfurece” cuando hablan sobre el comportamiento del niño, es más probable que utilicen declaraciones menos negativas como las que se incluyen en el apartado “declaraciones de insatisfacción” en la FMSS.
- Dado que el límite para clasificar los comentarios críticos es más bajo en la ASFMSS (véase más abajo), no se han tenido en cuenta los detalles sobrantes.
- Se han incluido criterios en la ASFMSS para clasificar los comentarios críticos sobre el empeoramiento o la ausencia de mejoría. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA a veces comentan aspectos negativos del niño en relación al empeoramiento o la ausencia de mejoría. Por esta razón, si los padres expresan comentarios críticos sobre el niño cuando están mencionando el empeoramiento o la ausencia de mejoría, estos comentarios pueden usarse para clasificar la declaración como crítica.
- Continúan aplicándose las directrices sobre la sucesión de comentarios críticos.
- Continúan aplicándose las excepciones a las normas críticas.

El manual de la ASFMSS incluye ejemplos de comentarios críticos adecuados desde el punto de vista diagnóstico y de desarrollo mental.

**Comentarios positivos.** Esta categoría es nueva y su inclusión ha sido importante por dos razones:

- Como se ha explicado anteriormente, las investigaciones indican que los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA, expresan frecuentemente comentarios positivos sobre él y este punto de vista positivo sobre el niño tiene un impacto beneficioso en la familia y en el funcionamiento del niño. Por esta razón, se ha creado una categoría independiente en la ASFMSS para la frecuencia con la que se realizan comentarios positivos y se ha eliminado el apartado relacionado con la alabanza excesiva.
- Los cambios en la clasificación del criticismo sugieren que habrá un mayor número de comentarios críticos en la ASFMSS que en la FMSS. Para poder realizar una comparación, es importante disponer de una categoría independiente para los comentarios positivos con criterios que los comparen a los comentarios críticos.
- Al igual que en el caso de los comentarios negativos, las declaraciones positivas de los padres sobre las conductas específicas del niño tienen que acompañarse bien de un tono positivo o bien de una declaración evaluativa por parte de los padres en la que comentan que les gusta, aprueban o aprecian el comportamiento del niño, para que sean clasificadas como comentarios positivos.
- En la ASFMSS se han incluido criterios para clasificar los comentarios positivos en los que se expresa mejoría. Los padres que tienen un hijo con una discapacidad como el TEA a veces expresan aspectos positivos sobre la mejoría del niño. Por esta razón, si los padres hacen algún comentario positivo sobre el niño cuando están describiendo la mejoría, estos comentarios pueden utilizarse para clasificar esta declaración como positiva.
- Se mantiene la clasificación para los comentarios positivos
- Se mantiene la clasificación para la descripción
- Se mantiene la clasificación para la repetición

Además de lo anterior, se han incluido en el manual ejemplos adecuados a la edad y sobre el diagnóstico.

**Resumen de las escalas de evaluación de la ASFMSS**

Las cuatro escalas globales de evaluación en la ASFMSS son (a) Declaración inicial, (b) Calidez, (c) Relación, (d) Sobreimplicación emocional.

- Declaración inicial. La declaración inicial se basa en el primer pensamiento o idea que expresa el entrevistado sobre el niño. Esta declaración se clasifica independientemente del resto del discurso como Positiva, Negativa o Neutra.
- Calidez: La calidez se basa en el tono de voz, espontaneidad, preocupación y empatía. Se clasifica en Alta, Moderada o Baja.
- Relación: La relación se basa en las declaraciones que describen la calidad de la relación filio-parental. Estas declaraciones se clasifican en Positiva, Negativa o Neutra.
- Sobreimplicación emocional: se valora en base a las declaraciones en las que se demuestra que los padres están excesivamente involucrados en la vida del niño. En la ASFMSS, la SIE se ha redefinido como comportamiento sobreprotector/ autosacrificio y/o falta de objetividad y se clasifica como Alta, Moderada o Baja.

Las dos medidas de frecuencia clasificadas en la ASFMSS son: (a) Comentarios críticos y (b) Comentarios positivos.

- Comentarios críticos: recuento de la frecuencia de las declaraciones negativas sobre el niño, su personalidad o su comportamiento.
- Comentarios positivos: recuento de la frecuencia de las declaraciones sobre elogios, aprobación o aprecio.

**Declaración inicial**

Se trata de una clasificación global, catalogada como POSITIVA, NEGATIVA O NEUTRA. La declaración inicial se define como el primer pensamiento expresado por los padres que trata específicamente sobre el hijo que padece TEA o sobre la relación filio-parental.

Si los padres comienzan su discurso diciendo algo como “no sé qué decir” o “tengo cinco hijos”, estas declaraciones no se evaluarían dado que no tratan

específicamente sobre el niño o sobre la relación filio-parental. Sin embargo, si los padres declaran “Jorge es el más joven de la familia”, esta declaración sí se puntuaría.

La fluidez natural del discurso de los padres es la mejor referencia para determinar cuándo ha finalizado su primer pensamiento o idea. Sin embargo, si después de una breve pausa, los padres usan una conjunción para continuar con su primer pensamiento o idea, el comentario adicional se debería considerar como una extensión de la declaración inicial. Sin embargo, si la conjunción se usa para iniciar un pensamiento que no está relacionado con la idea inicial, no se debe tener en cuenta cuando se evalúe la declaración inicial. Por el contrario, se debería valorar en el contexto del resto del discurso. Por ejemplo:

“Diego y yo tenemos una relación muy cariñosa, (pausa breve) y estamos muy unidos” (Positivo + Positivo = {misma idea} = Declaración inicial positiva).

vs.

“Diego y yo nos llevamos bien (pausa breve) pero lo está haciendo genial en el colegio” (Neutro + Positivo = {dos ideas diferentes} = Declaración inicial neutra y un comentario positivo)

Si el primer comentario sobre el niño es ambiguo pero se sigue inmediatamente de una declaración o frase que clarifica la declaración inicial ambigua, hay que usar el comentario posterior para clasificar la declaración inicial. Por ejemplo:

“Lucas es un verdadero payaso. Es muy divertido y extrovertido” (El comentario inicial es ambiguo, pero se aclara con la siguiente declaración puntualizando que el niño es divertido y extrovertido. Por tanto, la declaración inicial se clasificaría como positiva).

**Declaración inicial positiva**

Hay dos tipos de declaración inicial positiva:

- Descripción positiva del niño
- Relación filio-parental positiva

### **Descripción positiva del niño**

Se trata de una declaración que expresa elogio, aprobación o reconocimiento sobre el comportamiento o personalidad del niño. Por ejemplo:

“Es un niño muy dulce”  
“Es muy amable y cariñosa”  
“Juan es un niño brillante”

### **Relación filio-parental positiva**

Una declaración inicial clasificada como relación positiva indica que los padres y el niño tienen una buena relación. Por ejemplo:

“Juan y yo nos llevamos realmente bien”  
“Tenemos una relación muy fuerte”

### **Declaración inicial positiva indicativa de progreso**

Si en la declaración inicial de los padres sobre el niño se menciona la mejoría sin realizar ningún comentario o descripción posterior en la que se manifiesten aspectos positivos del niño o de la relación filio-parental, dicha declaración se clasifica como neutra (porque es ambigua). Por ejemplo, los siguientes enunciados se clasificarían como neutros:

“Ha ido mejorando en los últimos meses”  
“Ha mejorado desde que empezó a ir al colegio”  
“Mi relación con Paula ha mejorado”

Sin embargo, si la declaración inicial sobre la mejoría se continúa con un comentario que menciona claramente aspectos positivos del niño o de la relación filio-parental, se clasifica como positiva. Por ejemplo:

“María ha mejorado mucho en su lectura: ahora es una gran lectora”  
“Carlos ha hecho grandes progresos en el control de su temperamento a lo largo del pasado año. Realmente es un placer salir con él”

### **Declaración inicial neutra**

Una declaración inicial se clasifica como neutra si se da cualquiera de los siguientes:

**Testimonios confusos o débiles.** Una declaración inicial que no es lo suficientemente fuerte o clara para clasificarla como positiva o negativa, se clasifica como neutra. Las declaraciones en las que se usan adjetivos débiles (por ejemplo, “bien”, “de acuerdo”, “fundamentalmente”, “normalmente”, “algo así”, “parece”) entrarían dentro de esta categoría. Por ejemplo:

“Tenemos una relación normal”  
“Jesús y yo nos llevamos bien”  
“Normalmente Roberto se comporta bien”

**Descripción neutra.** Una declaración inicial que proporciona información descriptiva o específica con poco tono o sin ninguno, o proporciona información que es irrelevante para la relación filio-parental, se clasifica como neutra. Estas declaraciones se expresan de manera objetiva y no indican cómo se siente el entrevistado con respecto a su familiar. Por ejemplo:

“Tiene 9 años”  
“Susana es la más joven de la familia”  
“Jugamos en el parque todos los días”

**Declaraciones condicionales.** Las declaraciones iniciales que se puntualizan con una condición se clasifican como neutras. Las palabras que se usan normalmente en las declaraciones condicionales incluyen “desde”, “excepto”, “en general”, “a veces”, “normalmente” y “ocasionalmente”. A menudo, las declaraciones sobre la medicación son condicionales y por tanto normalmente neutras. Por ejemplo:

“A veces nos llevamos bien”  
“Normalmente es un buen chico”  
“Está bien siempre y cuando se tome la medicación”

**Declaraciones iniciales sobre el pasado:** Las declaraciones iniciales que se hacen en pasado se clasifican como neutras. Por ejemplo:

“Solía ser un buen chico”  
“Era muy cariñosa cuando era pequeña”  
“Solíamos divertirnos cuando jugábamos juntos”

**Declaraciones iniciales positivas y negativas:** Las declaraciones iniciales que incluyen tanto comentarios

42

positivos como negativos se clasifican como neutras.  
Por ejemplo:

“Jesús es un niño creativo pero perezoso”  
(positivo + negativo = neutro)

**Declaraciones de mejoría que no proporcionan más detalles.** Se clasifican como neutras (véase más arriba)

### **Declaración inicial negativa**

Una declaración inicial se clasifica como negativa según lo siguiente:

- Descripción negativa del niño
- Relación filio-parental negativa

**Descripción negativa del niño.** Una declaración inicial que describe la personalidad o el comportamiento del niño de forma desfavorable se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“Jesús es un niño horrible”  
“El comportamiento de Clara es muy difícil de controlar”  
“Juan hace todo lo posible para ser desobediente”

**Relación filio-parental negativa.** Una declaración inicial que indica que actualmente existe una mala relación entre los padres y el niño se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“Parece que Jesús y yo siempre tenemos que estar peleando”  
“Temo cuando estamos juntos”

### **Declaración inicial mencionando empeoramiento o ausencia de mejoría.**

Si los padres mencionan que el niño o la relación filio-parental ha empeorado o no ha mejorado, sin dar más detalles o hacer ningún otro comentario posterior, se clasifica como neutra (porque es ambiguo). Por ejemplo:

“El comportamiento de María ha empeorado en la última semana”  
“Fran no ha progresado mucho en el último año”

Sin embargo, si los padres prosiguen la declaración respecto al empeoramiento/falta de mejoría con un comentario negativo sobre el niño o la relación filio-parental, dicha declaración se clasifica como negativa. Por ejemplo:

“El comportamiento de Fran ha empeorado en el último año” (clasificar como neutro)

vs.

“El comportamiento de Fran ha empeorado en el último año; ha estado muy enfadado y agresivo con su hermana” (clasificar como negativo)

**Advertencia:** las declaraciones iniciales negativas se deben clasificar con precaución, si son ambiguas o no están claras, clasificar como neutras.

### **Calidez**

La calidez se define como la intensidad con la que los padres expresan sus sentimientos sobre el niño. Está relacionado solo con la calidez expresada durante el discurso y no con la calidez de la personalidad del entrevistado. En la ASFMSS se clasifica como ALTA, MODERADA O BAJA.

Cuando se clasifica la calidez usando la ASFMSS es importante tener en cuenta:

- El tono de voz
- La espontaneidad
- La preocupación y la empatía

### **Nivel de calidez alto**

**Tono de voz.** El tono es el criterio más importante para clasificar la calidez. Hay que estar atentos a los signos de entusiasmo cuando los padres hablan del niño y a los cambios positivos en el tono de voz cuando los padres pasan de hablar de temas neutrales a hablar del niño. Por el contrario, un discurso monótono cuando los padres están hablando del niño demuestra

una falta de calidez. Es importante que los evaluadores tengan en cuenta tanto el timbre como el tono normal de los padres además de las variaciones en el tono antes de clasificar la calidez en función del tono de voz. También es importante que la clasificación de la calidez se base únicamente en el contenido del discurso y no en la interpretación de las expresiones faciales o de otro comportamiento no verbal. Advertencia: para clasificar la calidez de los padres como alta basándonos únicamente en el tono, es necesario que se produzcan cambios positivos en el tono de forma repetida y clara a lo largo del discurso.

**Espontaneidad.** Dado que la ASFMSS no proporciona ninguna instrucción sobre cómo abordar los sentimientos de afecto, las muestras espontáneas de afecto, amor, aprecio, etc. dan como resultado una puntuación más alta de calidez. Para clasificar la espontaneidad de los padres como alta, deben proporcionar una descripción detallada durante su discurso precedido por una declaración donde exprese claramente afecto, amor y/o aprecio por el niño. La descripción proporcionaría al entrevistador una imagen ilustrativa sobre los aspectos positivos del niño y por qué le encanta y/o lo aprecia. Por ejemplo, los dos siguientes ejemplos de discurso se clasificarían como alta espontaneidad:

“Jesús es un hermano maravilloso. El otro día su hermana estaba triste y Jesús hizo todo lo posible para hacerla sentir mejor. Cogió algunas ceras y papel y los dos estuvieron dibujando juntos. Hicieron un dibujo precioso de un barco en el océano con un sol amarillo enorme. Se pasaron toda la tarde dibujándolo juntos. Lo he puesto en la nevera; realmente es un dibujo precioso y todo fue idea de Jesús”

“Sam y yo tenemos una relación muy estrecha. Es una relación física estrecha. A él particularmente le gusta acurrucarse conmigo en la cama por las mañanas. Viene sobre las 7am, después de que mi marido se marche a trabajar pero antes de que me levante, trepa a la cama conmigo y se cubre con la manta. Nos acurrucamos y nos abrazamos, jugamos al escondite y vemos los dibujos en la TV durante media hora antes de levantarnos. Esto ocurre casi todas las mañanas; es nuestro momento especial juntos.”

**Advertencia:** La espontaneidad es bastante rara; no espere encontrarla en cada discurso. Un discurso en el que se demuestra una alta espontaneidad sería algo así como un “momento Kodak” para el entrevistador, en el que se proporciona un contexto ilustrativo sobre una declaración positiva realizada previamente por los padres en relación al niño o a la relación filio-parental. Además, hay que tener en cuenta que los comentarios espontáneos no solo tienen por qué ser sobre el niño, sino que también pueden incluir comentarios sobre otras personas y sucesos si esta información sirve para ilustrar o describir una declaración positiva sobre el niño.

**Preocupación y empatía.** La preocupación y la empatía se definen como la capacidad del entrevistado para: (1) demostrar preocupación por el niño, o (2) demostrar la capacidad de ponerse en el lugar del niño y comprender lo que le ocurre.

Para clasificar la calidez como alta en base a la preocupación y la empatía ambas, preocupación y empatía, se deben demostrar en el discurso. Por ejemplo:

“Ahora mismo Pedro está teniendo muchas rabietas; es muy alarmante porque no quiero que se haga daño. Creemos que es porque le duele la cabeza y no entiende por qué y no puede decirle a los demás cómo se siente, de manera que ataca. Debe ser terrible tener ese sufrimiento y no entender por qué.”

Hay que tener en cuenta que la preocupación y la empatía pueden darse en momentos diferentes del discurso; no tienen por qué ocurrir (necesariamente) juntas para que se clasifique la calidez como alta.

Para clasificar la calidez de los padres como alta, se debe clasificar como alta al menos uno de los tres componentes de la calidez (tono, espontaneidad o empatía y preocupación).

### Nivel de calidez moderado

**Tono de voz.** Para poder clasificar un nivel de calidez moderado basándonos únicamente en el tono de voz debe haber alguna prueba de entusiasmo y/o cambios positivos en el tono y el timbre de la voz cuando los padres hablan del niño. La coherencia es lo que diferenciaría el nivel alto (en el que el tono de

44 los padres cambiaría a menudo al hablar del niño) del moderado (en el que el cambio positivo en el tono de voz solo se daría de forma ocasional).

**Espontaneidad.** Un nivel de calidez moderado basado únicamente en la espontaneidad es poco frecuente dado que, en la mayoría de los casos, la espontaneidad o está presente o no lo está. Sin embargo, en algunos casos, los padres pueden describir más detalladamente la declaración que acaban de realizar expresando afecto, amor o aprecio hacia su hijo, pero no con la suficiente intensidad como para clasificarlo como alto. Por ejemplo:

“Juan es bueno al fútbol, le encanta jugar con su padre los fines de semana; le dan patadas al balón y se lo pasan en grande.”

“Le gusta colorear, se puede pasar todo el día en su habitación coloreando su libro; es realmente buena”

**Preocupación y empatía.** Se puede clasificar el nivel de calidez como moderado en base a la preocupación/empatía cuando hay pruebas que demuestran claramente la preocupación por el niño o la capacidad de ponerse en el lugar del niño y comprender lo que le ocurre (pero no ambas). Por ejemplo:

“Casi siempre acaba rompiendo sus juguetes cuando tiene una rabieta y entonces se enfada cuando se da cuenta de que sus juguetes están rotos y esto hace que se enfade aún más. Me preocupa pero es difícil saber cómo ayudarlo.”

“Juan lo pasa mal cuando tiene que decirme lo que necesita. Intento ponerme en su lugar e imaginarme lo que quiere pero no siempre lo consigo; debe de ser terrible no ser capaz de decirle a la gente lo que quieres o lo que necesitas.”

## Nivel de calidez bajo

**Tono.** La ausencia de tono se daría cuando los padres hablan de su hijo de forma monótona, sin modular la voz al hablar de su hijo (hay que tener en cuenta que para que se clasifique la calidez como baja basta con que el tono se mantenga plano, no hostil ni enfadado)

**Espontaneidad.** La ausencia de espontaneidad se daría cuando el entrevistado no proporciona más detalles en los comentarios que realiza sobre el amor, afecto y/o aprecio hacia su hijo. Por ejemplo:

“Es muy buena dibujando”

“Es una persona maravillosa”

Advertencia: es importante recordar que las declaraciones sin espontaneidad aún pueden clasificarse como comentarios positivos (por ejemplo, las dos declaraciones anteriores se clasificarían como comentarios positivos pero no como ejemplos de espontaneidad dado que no se proporciona ningún otro detalle).

**Empatía y preocupación.** La ausencia de empatía o preocupación se daría cuando los padres hablan de su hijo sin mostrar que se ponen en su lugar o que comprenden lo que le ocurre a su hijo. Por ejemplo:

“Le arrebatara los juguetes a los otros niños y luego se enfada cuando no quieren jugar con ella. ¿Por qué hace eso si le digo que no lo haga?”

“Siempre se enfada y se muerde. No lo entiendo, me desconcierta”

Para clasificar la calidez como baja se deben clasificar como bajos todos los componentes de la calidez (tono, espontaneidad y preocupación y empatía).

Advertencia: Si los padres no cumplen los criterios establecidos para clasificar la calidez como alta o baja, se clasificará como moderada.

## Dos advertencias importantes en relación a la clasificación de la calidez por la ASFMSS

### • Depresión

Aunque el entrevistador sepa que el entrevistado está deprimido, no se debe tener en cuenta cuando se evalúe la calidez.

### • Comentarios críticos

La frecuencia de los comentarios negativos no debe influir en la clasificación de la calidez.

## **Relación**

Se define como la calidad de la relación y de las actividades conjuntas realizadas entre padre-hijo en los 12 meses previos. Es una medida general; toda información relevante que se exprese en el discurso debe tenerse en cuenta a la hora de hacer una valoración. Las calificaciones posibles son POSITIVA, NEUTRA o NEGATIVA. Para clasificar la relación en la ASFMSS, es importante tener en cuenta ambos aspectos: (1) el relato de los padres sobre su relación con el niño; y (2) el relato de los padres sobre las actividades que realizan conjuntamente con el niño y los comentarios acerca de lo que valoran y disfrutan dichas actividades.

### **Relación positiva**

#### **Relato de los padres sobre una relación positiva.**

Una declaración directa de que los padres y el niño se llevan bien es una prueba sólida de que existe una relación positiva. Una buena relación se clasificaría como positiva a menos que la declaración directa sobre la misma se contradiga en otro momento del discurso. Por ejemplo:

“Juan y yo nos llevamos muy bien”  
“Tenemos una relación muy estrecha”

**Los padres relatan que disfrutan y valoran el tiempo que pasan con su hijo.** Una declaración sobre lo que los padres disfrutan y valoran el tiempo que pasan con su hijo, también es indicativo de una relación positiva. Para que una declaración demuestre una relación positiva, no vale solo con que los padres simplemente indiquen que pasan tiempo con su hijo, sino que también deben indicar que disfrutan y valoran el tiempo que pasan juntos. Ejemplos de una relación positiva:

“María y yo siempre vamos a nadar juntas los martes por la tarde, siempre espero este momento con muchas ganas porque es nuestro momento especial.”  
“Siempre hacemos algo de repostería durante el fin de semana; nos lo pasamos muy bien mezclando tartas y armando lío”

## **Relación neutra**

**Testimonio confuso.** Un discurso que no proporcione suficientes pruebas para calificar una relación como positiva o negativa, se clasifica como neutra. Esta clasificación suele ocurrir por dos razones:

- Los padres hacen una declaración directa sobre su relación con su hijo pero incluyen un término calificativo o condicional que debilita la prueba de que sea una relación positiva. Por ejemplo:  
“Nos llevamos bastante bien”  
“A veces nos lo pasamos bien juntos”
- Los padres proporcionan detalles sobre las actividades que hacen juntos pero no indican que disfruten o valoren el tiempo que pasan con su hijo. El siguiente ejemplo se clasificaría como neutro:  
“Vamos al parque todo el tiempo”  
“Siempre saco sus Lego y construyo cosas con él”

Además, si los padres solo proporcionan información sobre cómo era o “solía ser” su relación en el pasado, la relación se debería clasificar como neutra.

Si una declaración positiva sobre la relación se contradice en otro momento del discurso, la relación se clasificaría como neutra (Advertencia: una declaración contradictoria debe referirse específicamente a la relación. No se debe clasificar la relación basándose únicamente en un comportamiento o una característica problemática e inferir que esto es lo que causa el problema en la relación).

Por último, si los padres mencionan que la relación ha cambiado radicalmente en el pasado inmediato (durante el último mes), puede que esto no sea un indicativo firme sobre la relación emocional general entre los padres y el niño y por tanto debería clasificarse como neutra.

## **Relación negativa**

**Las relaciones negativas se deben clasificar con precaución.** Las clasificaciones negativas normalmente se producen cuando los padres hacen una declaración directa sobre una mala relación con su hijo. Por ejemplo.

46

“Simplemente no nos llevamos bien. Simplemente me ignora.”

“Temo pasar tiempo con él, es muy demandante”

Es importante recordar que una relación negativa solo se puede clasificar como tal al hacer una declaración negativa directa, siempre y cuando esta declaración no se contradiga en otro momento del discurso.

### **Sobreimplicación emocional**

La SIE evalúa el nivel de relación emocional entre los padres y el hijo. Cuando se clasifica la SIE en la ASFMSS, se deben tener en cuenta dos aspectos:

- Pruebas del autosacrificio/sobreprotección
- Falta de objetividad con respecto al niño

#### **Nivel alto de SIE**

**Autosacrificio/sobreprotección.** Para clasificar la SIE como alta, deben existir pruebas claras de que los padres se han sacrificado de una forma extrema o extraordinaria y que no disfrutaban de dichos sacrificios. Hay que clasificar con precaución la SIE como alta, la declaración de autosacrificio/sobreprotección debe ser claramente “excesiva”, por ejemplo, los padres relatan que solo la madre puede proporcionar ayuda a su hijo y que debe sacrificar sus necesidades por las del niño. Por ejemplo:

“Yo no quería pero dejé mi trabajo para cuidar a Dani. Yo soy la única que realmente lo entiende así que no tuve elección.”

“Nunca he dejado a Matías con nadie más; incluso nunca he intentado dejarlo con una niñera. Paso todo el tiempo con él. Es agotador pero nadie más puede comunicarse con él así que ¿qué puedo hacer?”

**Falta de objetividad.** Deben existir pruebas claras de que los padres siempre piensan que su hijo tiene razón y siempre defienden su comportamiento. Por ejemplo:

“Se pelea con su hermana, pero ella siempre le cabrea.”

“La guardería siempre se queja de su comportamiento agresivo, pero solo es agresivo porque los otros niños son malos con él.”

Una vez más, es importante clasificar la SIE como alta de manera conservadora, usar solo en casos extremos.

#### **Nivel moderado de la SIE**

**Autosacrificio/sobreprotección.** Para clasificar la SIE como moderada, deben existir pruebas de que los padres se han sacrificado por el niño (pero no de forma extrema ni extraordinaria); además, debe haber alguna indicación de que no disfrutaban con dichos sacrificios. Por ejemplo:

“No me gusta dejar a Jesús con un extraño. Es complicado encontrar una niñera que sea buena y fiable, de manera que mi marido y yo no salimos mucho, aunque me gustaría poder hacerlo”

“Dejé mi trabajo a media jornada porque estaba preocupada por cómo Fran se las iba a apañar sin mí; echo de menos mi trabajo pero sé que hago más falta en casa.”

**Falta de objetividad.** Deben existir pruebas de que los padres normalmente piensan que su hijo tiene razón y normalmente defiende su comportamiento. Por ejemplo:

“Él se pelea con su hermana, estoy segura de que es ella la que normalmente empieza la pelea.”

“La guardería dice que es realmente desobediente y agresivo. Creo que la mayoría de las veces son los otros niños de la clase los que lo llevan por el mal camino.”

Si no hay ninguna prueba de SIE o las pruebas no son concluyentes para que se clasifique como moderada, se debe clasificar como baja.

**Advertencia:** Es importante que cuando se clasifique la SIE en función de la sobreprotección, la preocupación de los padres esté claramente asociada

a una preocupación por el niño (no preocupación por otros) cuando lo dejan al cuidado de otra persona.

### **Comentarios críticos**

Los comentarios críticos son comentarios negativos sobre el niño, su comportamiento actual y/o su personalidad. Para medirlo, se evalúa el número total de comentarios críticos, contando cada comentario crítico por separado (siempre y cuando los comentarios no se realicen dentro de la misma declaración o pensamiento ininterrumpido). Los comentarios críticos se clasifican en función de:

- El tono
- Las frases críticas

**Tono.** Es posible puntuar los comentarios críticos en función del tono, incluso si la declaración no contiene ningún comentario crítico. Clasificar la crítica según el tono requiere un cierto nivel de práctica. Primero hay que establecer un punto de referencia básico en el nivel de tono del entrevistado (cada uno tiene un nivel de tono diferente). Una vez que se ha establecido esta referencia, será posible notar fluctuaciones en el tono que indicarán que se trata de un comentario negativo o positivo en función del curso del discurso. Una vez más, es importante recordar que se debe clasificar de forma conservadora, si existen dudas, no clasificar un comentario como crítico.

**Frases críticas.** Recuento de la frecuencia de las declaraciones que critican al niño, buscan sus defectos o puntualizan o describen características negativas o problemas de comportamiento que actualmente exhibe el niño.

Las descripciones generales negativas del niño se clasificarían claramente como críticas (ya sean dichas con un tono negativo o no). Por ejemplo:

“Julia es una niña horrible”  
“Jesús es una pesadilla”

Así mismo, los comentarios negativos sobre la persistencia de las características o rasgos de personalidad del niño (el tipo de persona que es el niño) también se clasificarían como comentarios críticos. Por ejemplo:

“Nico es un niño muy poco sociable”  
“Juan es muy irritable e insensible” (esto contaría como 2 comentarios críticos ya que se mencionan 2 rasgos negativos)  
“María es agresiva”

También se clasifican como comentarios críticos las descripciones de comportamientos o carencias específicas del niño si se acompañan de un tono negativo o un indicativo de que a los padres no les gusta o no aprueban el comportamiento. Por ejemplo:

“Las estereotipias de Jesús son un problema real en el supermercado, lo odio”  
“David es muy agresivo y difícil cuando las cosas no salen como él quiere”  
“Hay momentos en los que no entiende nada de lo que digo” (dicho con un tono negativo)  
“La obsesión de Pablo con los trenes realmente me molesta”  
“No estoy del todo contenta con los modales de Mario en la mesa”  
“Puede ser complicado salir con Francis a cenar porque a veces le dan rabieta si tiene que esperar demasiado, es todo un reto”  
“Carmen se viste sola, no siempre como me gustaría” (esta última parte del comentario dicho con un tono negativo. En este caso los padres indican claramente que desaprueban la forma en la que Carmen se viste).

Advertencia: las declaraciones evaluativas de los padres no solo tienen que ser explícitamente negativas sino que también deben expresar insatisfacción, irritación, infelicidad o que sea molesto o insoportable o que se desee que la situación o la persona sea diferente.

### **Qué no incluir como comentario crítico**

No clasificar como comentario crítico una declaración puramente descriptiva de los padres sobre el comportamiento o carencia del niño que además no se acompañe de un tono negativo o un indicativo de que a los padres no les gusta o no aprueban este comportamiento. Por ejemplo:

“Miguel no habla” (dicho con un tono neutro)

“Pablo no es capaz de leer”  
“A Pedro le gusta dar vueltas”

No clasificar como comentario negativo aquellos que se realicen en el pasado. Por ejemplo:

“El comportamiento de Juan solía ser horrible”  
“Iván era muy agresivo cuando no se salía con la suya”

No considerar como comentarios críticos independientes 2 o más comentarios que se realizan dentro del mismo pensamiento o declaración ininterrumpida. Por ejemplo:

“Pablo es un niño feliz, siempre sonriendo, siempre contento con el mundo” (en este caso, se clasifica un comentario positivo aunque la declaración sobre la felicidad de Pablo se repita ya que esta repetición se produce dentro del mismo pensamiento o declaración ininterrumpida)

No clasificar las descripciones estereotipadas de los niños a menos que se acompañen de un tono negativo. Por ejemplo:

“Es un demonio”  
“Realmente a veces puede ser un bicho”  
“Jorge puede ser terrible por las mañanas”

#### Declaraciones mencionando empeoramiento o falta de mejoría

Si los padres comentan una falta de mejoría o empeoramiento sin realizar ningún comentario en el que enfaticen aspectos negativos, se clasificará como neutro. Por ejemplo:

“Dani no es tan comunicativo como solía ser con su hermano”

Sin embargo, si los padres hacen una declaración inmediatamente posterior en la que dejan claro que consideran que la falta de mejoría/empeoramiento es negativa, se clasificará como un comentario crítico. Por ejemplo:

“Dani no es tan comunicativo como solía ser con su hermano. Su hermano intenta jugar con él pero Dani lo aparta, lo ignora. Parece como si se estuviera retrayendo más en su propio mundo”

#### Directrices para la evaluación de una sucesión de comentarios críticos

A veces los padres pueden hacer varios comentarios críticos en una misma frase. Las pautas para puntuar esta sucesión de críticas es la misma que en la FMSS y son las siguientes:

- Las declaraciones sobre comportamientos no relacionados se clasifican como comentarios críticos independientes. Por ejemplo:  
“David tiene muy mal genio, siempre está enfadado y desobedece”

Al haber descrito dos comportamientos no relacionados (mal genio/enfado y desobediencia), se puntuará como dos comentarios críticos.

- Las declaraciones sobre comportamientos relacionados o similares se clasifican como un solo comentario crítico.  
“Es muy destructivo, rompe todo sus juguetes, y mis plantas del jardín, lo destruye todo.”

Dado que todas las declaraciones del ejemplo anterior están relacionadas con la destructividad del niño, se puntuaría como un solo comentario crítico.

“No tiene ningún objetivo, nunca se sienta a hacer nada, todo lo que hace es vagar por la casa metiendo las narices en todo.”

Dado que los tres comentarios implican una falta de objetivo, se puntuaría como un solo comentario crítico.

#### Advertencia importante sobre la clasificación de los comentarios críticos

Los comentarios críticos tienen que ser la opinión de los padres. Por ejemplo:

“Jesús es un niño muy destructivo.”

no

“La profesora de Jesús dice que es un niño muy destructivo.”

## **Comentarios positivos**

Los comentarios positivos son declaraciones de amor, elogios, aprobación o aprecio hacia el niño, su comportamiento y/o su personalidad. Para medir este punto, se evalúa el número total de comentarios positivos, contando por separado cada comentario positivo incluso si los padres hacen comentarios idénticos o similares en otros momentos del discurso. Los comentarios positivos se clasifican teniendo en cuenta:

- El tono
- Las frases positivas

**Tono.** Es posible clasificar los comentarios positivos en función del tono, incluso si la declaración no contiene ningún comentario positivo. Clasificar la crítica según el tono requiere un cierto nivel de práctica. Primero hay que establecer un punto de referencia básico del nivel de tono del entrevistado (cada uno tiene un nivel de tono diferente). Una vez que se ha establecido esta referencia, será posible notar fluctuaciones en el tono que indicarán que se trata de un comentario negativo o positivo en función del curso del discurso. Una vez más, es importante recordar que se debe clasificar de forma conservadora, si existen dudas, no clasificar un comentario como positivo.

**Frases positivas.** Recuento de la frecuencia de las declaraciones que elogian o que indican aprobación o reconocimiento del niño. Las declaraciones globales positivas sobre el niño contarían como comentario positivo. Por ejemplo:

“Miguel es maravilloso”

“Susana es una niña fantástica”

“Juan es especial, es único” (advertencia: en este caso es importante tener en cuenta el tono y el contexto para aclarar que esta declaración es positiva)

Una declaración positiva de los padres sobre la persistencia de las características o rasgos de personalidad del niño (el tipo de persona que es el niño) también contaría como comentario positivo. Por ejemplo:

“Clara es muy cariñosa.”

“Jorge es muy creativo.”

“Marcos es un niño muy sociable.”

Además también se consideran como comentarios positivos aquellas descripciones sobre comportamientos específicos del niño, sus preferencias, habilidades o competencias cuando se acompañan de un tono positivo o un comentario evaluativo de los padres indicando que les gusta o valoran dicho comportamiento, habilidad o competencia. Por ejemplo:

“Juan es muy bueno haciendo puzzles y compecabezas” (dicho con tono positivo)

“Miguel es uno de los mejores estudiantes de matemáticas de quinto, lo cual es fantástico”

“David es un genio al ajedrez; casi siempre nos gana a mí y a su padre” (dicho con tono positivo)

“Marcos hace un gran trabajo haciendo cola en el supermercado, lo que hace que ir a comprar con él sea mucho más fácil”

“A Fran le encanta leer. Es muy bueno, realmente le animamos” (advertencia: si los padres solo dicen “A Fran le encanta leer,” no se clasificaría como un comentario positivo)

Advertencia: un comentario mencionando mejoría sin una descripción posterior no contaría como una declaración evaluativa positiva. Por ejemplo:

“Marta se está tomando sus medicinas sin ningún problema, esto es un progreso” (dicho de esta forma, esta declaración no se clasificaría como un comentario positivo)

## **Declaraciones mencionando mejoría**

Si los padres comentan una mejoría del niño sin mencionar ningún comentario posterior en el que

enfaticen aspectos o habilidades positivas del niño, se clasificará como neutro:

“Sam ha ampliado su dieta.”

Sin embargo, si los padres hacen una declaración inmediatamente después en la que claramente se enfatiza lo positivo de la mejoría, se clasificará como positivo. Por ejemplo:

“Sam ha ampliado su dieta. Antes solo comía carbohidratos; ahora come pollo, pescado y huevos. Ya no tengo que hacer una comida especial para él, lo cual es genial”

#### Directrices para la evaluación de una sucesión de comentarios positivos

- Las declaraciones sobre rasgos de personalidad o comportamientos no relacionados se clasifican como comentarios positivos independientes. Por ejemplo:  
“Jesús es un chico brillante y es deportista”

Dado que se describen dos rasgos de personalidad (inteligencia y deportista) que no están relacionados, se puntuará como dos comentarios positivos.

- Las declaraciones sobre rasgos de personalidad o comportamientos similares se puntúan como un comentario positivo.  
“Se le da bien la música, toca el piano y canta.”

Dado que todas las declaraciones están relacionadas con la habilidad del niño para la música, se puntuará como un comentario positivo.

#### No valorar como positivo:

- Comentarios positivos enunciados de forma negativa: por ejemplo, “no es un mal chico”, “Sam no es tonto.”
- Comentarios calificativos: por ejemplo, “es bastante bueno” o “es bastante brillante”
- Declaraciones sobre el niño realizadas en pasado.

### **Instrucciones para clasificar la EE (emoción expresada) en alta, baja y “límite”**

En cierto modo, en la ASFMSS, las directrices para clasificar la EE como alta y baja son más sencillas que en la FMSS. La clasificación de alta EE se realiza cuando los padres (1) reciben al menos una calificación general negativa o baja y (2) tienen un mayor número de comentarios críticos que de comentarios positivos. Si no es así, se clasificaría como una EE baja.

Una clasificación de EE límite se otorgaría si los padres reciben al menos una calificación general baja o negativa en la declaración inicial, la calidez, la relación o alta sobreimplicación emocional.

## **ANEXO 2**

### **PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN DE EMOCIONES EXPRESADAS PARA PADRES DE INDIVIDUOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS**

#### **Autism Specify Five Minutes Speech Sample – ASFMSS**

Pautas para la administración del Manual ASFMSS:

##### **A. Contexto**

Únicamente el evaluador y la persona que será evaluada deben estar presentes en la habitación donde se realizará la entrevista. Es importante estar solo con la persona que será evaluada durante la entrevista para que él/ella no se sienta inhibido, no se distraiga y no sea interrumpido. Si esto no es posible, se debe facilitar alguna tarea de distracción (como papel y lápices de colores) para el niño/a y se le ofrecerá al/a la padre/madre la opción de sostener la grabadora y hablar por sí mismo/a. Para disminuir las interrupciones cuando la evaluación se lleva a cabo en el domicilio de la persona, solicite a los padres que descuelguen el teléfono durante los 5 minutos en los que se

administra la ASFMSS. Minimizar las distracciones e interrupciones ayudará a garantizar la consistencia y precisión de los datos.

## B. Material

La calidad del equipo es muy importante, especialmente la calidad del micrófono. Asimismo, si se utiliza una grabadora con la función de iniciar la grabación automáticamente en respuesta al sonido (VOR), la función VOR debe estar desactivada. Para la administración de la ASFMSS es necesario el siguiente material:

1. Una buena grabadora
2. Un micrófono de alta calidad
3. Un cronómetro

Compruebe siempre el equipo antes de administrar la ASFMSS. El nivel de batería del equipo siempre debe comprobarse justo antes de iniciar la grabación. Es importante, para identificar a la persona evaluada cuando se realice la codificación del discurso, registrar al comienzo de la grabación todos los datos de identificación (por ejemplo, nombre del estudio, código de identificación, miembro de la familia, fecha, nombre del evaluador). *Cuando administre la ASFMSS, deje la grabadora encendida mientras da las instrucciones textuales al sujeto.*

Calcule el tiempo de la ASFMSS con un cronómetro o reloj digital para obtener resultados más precisos. Se desaconseja el uso de un temporizador con alarma ya que puede sobresaltar a la persona evaluada. Es importante que el/la padre/madre hable durante 5 minutos. Si es incapaz de continuar durante los 5 minutos completos, incluso después de haberle dado la indicación adecuada, la grabadora debe continuar grabando hasta que transcurra el tiempo.

## C. Instrucciones textuales

Para garantizar la coherencia de los datos, al administrar la ASFMSS las siguientes instrucciones deben ser leídas en voz alta de forma literal:

### Primera evaluación:

**EVALUADOR:** *Me gustaría escuchar sus pensamientos y sentimientos sobre (nombre del niño/a), con sus propias palabras y sin que yo le interrumpa con alguna pregunta o comentario. Cuando yo le pida que comience, me gustaría que hablara durante 5 minutos, explicándome qué tipo de persona es (nombre del niño/a) y cómo ha sido vuestra relación en los últimos seis meses. Una vez usted comience a hablar, prefiero no responder ninguna pregunta hasta que hayan pasado los 5 minutos. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?*

### Segunda y tercera evaluación:

**EVALUADOR:** *Me gustaría escuchar sus pensamientos y sentimientos sobre (nombre del niño/a), con sus propias palabras y sin que yo le interrumpa con alguna pregunta o comentario. Cuando yo le pida que comience, me gustaría que hablara durante 5 minutos, explicándome qué tipo de persona es (nombre del niño/a) y cómo ha sido vuestra relación desde la última vez que nos vimos/ desde la última vez que usted habló con uno de nuestros investigadores. Una vez usted comience a hablar, prefiero no responder ninguna pregunta hasta que hayan pasado los 5 minutos. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?*

**IMPORTANTE:** *Una vez la persona empiece a hablar, el evaluador solo puede hacer un comentario. “Por favor, hableme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más”.*

### D. Abordando las preguntas formuladas antes del discurso.

1. “¿Qué quiere que yo le explique exactamente?” y/o “¿Quiere que empiece desde que (nombre del niño/a) era pequeño/a?”

**Respuesta:** “Aquello que usted considere importante sobre (nombre del niño/a) y cómo es la relación entre vosotros dos”.

2. “Quiero saber cómo está mi hija”.

**Respuesta:** “Creo que esta pregunta sería respondida de forma más adecuada por alguien que haya trabajado más estrechamente con (nombre del niño/a) que yo. No obstante, si usted quiere, podemos hablar más sobre esto una vez hayamos terminado la entrevista”.

E. Abordando las preguntas formuladas durante el discurso.

1. “¿Lo estoy haciendo bien?”

**Respuesta:** Responda asintiendo con la cabeza o diciendo “bien”. Es mejor asentir porque la distracción es menor.

2. “¿Cuánto tiempo me queda?”

**Respuesta:** “Un par de minutos más”. “Un minuto aproximadamente”.

Nota: No le diga a la persona evaluada el tiempo exacto que queda, ya que esto puede provocar que se ponga ansioso/a.

3. “¿Quieres que continúe y te hable sobre su enfermedad?”

**Respuesta:** “Por favor, hableme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más”.

F. Abordando problemas y preocupaciones durante el discurso.

1. Si la persona deja de hablar antes de que hayan transcurrido los 5 minutos.

**Acción:** Espere 30 segundos antes de actuar ya que a menudo la persona continúa hablando por sí misma.

Si es necesario, intervenga **tantas veces como sea necesario tras cada 30 segundos de silencio a lo largo de la entrevista** diciendo:

“Por favor, hableme de cualquier cosa relacionada con (nombre del niño/a) unos minutos más”. Si aún así la persona no habla, **simplemente deje transcurrir los 5 minutos completos antes de apagar la grabadora.**

**Acción:** Apague la grabadora una vez transcurridos los 5 minutos y permita que la persona finalice su pensamiento o idea.

2. Compruebe en la grabadora la cantidad de tiempo real que ha hablado la persona evaluada.

G. Acciones que el evaluador no debe realizar.

1. **No diga nada** mientras la persona está hablando, ni siquiera “mm-hmm”.

2. No use las instrucciones principales, tales como “¿Podría hablarme un poco más sobre cómo es su relación con (el nombre del niño/a)?” o “¿Podría hablarme más sobre qué tipo de persona es (el nombre del niño/a)?”

3. Evite mirar a la persona mientras él/ella está realizando el discurso. Tome notas durante el discurso. No moleste a la persona evaluada de ningún modo. A algunas personas puede resultarle incómodo la falta de contacto visual, en este caso, un contacto visual mínimo puede disminuir el bloqueo verbal de la persona.

### Pautas generales para la puntuación

- 1) Califique el discurso directamente desde la grabadora. Las transcripciones pueden usarse para mejorar la precisión o para ayudar a nuevos codificadores a familiarizarse con la codificación.
- 2) Cada frase del discurso debe escucharse atentamente.
- 3) Recuerde tener en cuenta el tono de voz en las calificaciones. Preste especial atención al uso del sarcasmo.
- 4) Codifique siempre moderadamente. En caso de duda no haga calificaciones que puedan derivar en una puntuación de EE alta.

ANEXO 3

Código del estudio

Codificador

Fecha

HOJA DE CODIFICACIÓN  
AS-FMSS

Declaración Inicial

Calidez

Sobreimplicación Emocional

Relación

Comentarios críticos

Comentarios positivos

Periodo de tiempo que han hablado los padres

Otros comentarios:

Calificación EE

☐ EE Alta

☐ EE Límite

☐ EE Baja

---

## 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](http://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 pagina web de la revista.

## DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## SECCIONES DE LA REVISTA

### 1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas ([www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf](http://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 de la Infancia y la Adolescencia.

### RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

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

### FINALIDAD

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

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

### LEGITIMACIÓN

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

## CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

## DEBERES DE LOS AUTORES

### NORMAS DE INFORMACIÓN

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

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

### **LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO**

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

### **LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE**

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

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

### **RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES**

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

### **LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO**

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

### **DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES**

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

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

### **DEBERES DE LOS EDITORES**

#### **DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN**

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

#### **JUEGO LIMPIO**

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

## CONFIDENCIALIDAD

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

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

## DEBERES DE LOS REVISORES

### CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

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

## PRONTITUD

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