



Infanto-Juvenil

Volumen 41 • Número 2 • 2024

EDITORIAL

Comprendiendo la complejidad del autismo

Amaia Hervás 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Identificación de barreras y facilitadores en el desarrollo e implementación de la norma ISO 9001:2015 en una Unidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia

G. Atienza Merino, J. Mazaira Castro, C. Álvarez García, I. Gomez-Tato, M. D. Martínez García, M. Mascareñas García, C. Vilas Fernández y B. Pais Iglesias 4

CASOS CLÍNICOS

Autismo y STK39: a propósito de un caso clínico

Tamara Coya Alonso, María del Carmen Rossignoli Otero, Manuel José Couce Sánchez, Lucía Pérez Suárez, Elena Martín Gil, Paula García Vázquez, Santiago Enrique Gómez Mañas y Elisa Seijo Zazo 12

Uso de Antipsicóticos Inyectables en Pacientes Prepúberes: Experiencia con un Caso Atípico de alteración conductual con microdelección 18p11.32-18p11.31

Sergi Salmeron, Juan Ignacio Mena, Eduard Cesari, Iñaki Ochandiano, María Llobet, Astrid Morer y Inmaculada Baeza 22

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

Una voz en el viento

Josep Toro 28

NORMAS DE PUBLICACIÓN 29

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2024,41(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

Secretaría

Paloma Varela Casal

Hospital de Mataró, Barcelona, España.
secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesor asociado de Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, España.
cimaz@saludcastillayleon.es

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.

Iria Méndez Blanco

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, España.
iriamendez@mutuaterrassa.cat

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

Victor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

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

Secretaría Técnica AEPNYA
secretaria.tecnica@aepnya.org
Oceano Azul. Rúa Menéndez y Pelayo, 4, 2º B, 15005 La Coruña, España.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Amaia Hervás

Servicio de Salud Mental Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Directora y Co-fundadora del Institut Global d'Atenció Integral del Neurodesenvolupament (IGAIN). Barcelona. Profesora Asociada de la Universidad de Barcelona. IP de Grupo de Investigación AGAUR en Autismo y IP del Grupo de Investigación TECSAM.

Correo: ahervas@mutuaterassa.es

Comprendiendo la complejidad del autismo

Desde que Lorna Wing en 1981 tradujo al inglés los escritos de Hans Asperger, el concepto del autismo ha sufrido grandes cambios. Desde un trastorno de la infancia, con severas discapacidades y sin ningún tratamiento efectivo, al concepto actual, de un autismo con el que naces, frecuente en personas con habilidades cognitivas dentro de la norma y con tratamientos efectivos que cambian la evolución de la persona. Estos cambios suponen las principales razones del aumento actual del diagnóstico del Trastorno del Espectro del Autismo (TEA), de alrededor del 2% en menores de 8 años (1). Previamente niños con autismo y buenas habilidades cognitivas, pasaron desapercibidos sin diagnóstico en su infancia, para presentar problemas de salud mental en su edad adolescente o adulta, recibiendo o diagnósticos equivocados o exclusivamente el diagnóstico de la comorbilidad asociada y en algunos casos recibiendo el diagnóstico de TEA muchos años después. Aunque las características clínicas de las comorbilidades psiquiátricas superficialmente se parecen a los cuadros típicos de salud mental, cualitativamente presentan características psicopatológicas diferentes y una escasa o nula respuesta a los tratamientos tradicionales farmacológicos o psicológicos, con una tendencia a la cronicidad. Este cambio de paradigma supone un desafío importante para el concepto tradicional de la salud mental, que necesita modernizarse incorporando las nuevas perspectivas aportadas por los trastornos del neurodesarrollo introducidos en el DSM-5, CIE-10 y su influencia en la variabilidad fenotípica de la presentación clínica tanto en infancia como en edad adulta (2). Salud mental que, para ser efectiva deberá incorporar conceptos neuro evolutivos, longitudinales desde primera infancia, cualitativos, funcionales y altamente complejos. La reciente

aprobada especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia debe responsabilizarse del cometido de formar a profesionales de la salud mental desde una perspectiva del neurodesarrollo, un cerebro que crece diferente, con síntomas cambiantes con la edad, con plasticidad cerebral máxima en los primeros años de la vida y con ventanas evolutivas progresivas en el tiempo con funciones cerebrales más plásticas y que en la edad adulta se asocia a problemas de salud mental.

En este número de la Revista de Psiquiatría infanto-juvenil, el caso clínico de Coya y colaboradores aborda la asociación entre autismo y esquizofrenia, íntimamente ligados desde su origen descriptivo por Bleuler en 1911, entendido el autismo como una reacción para escapar de los síntomas de esquizofrenia. Michael Rutter definió el concepto actual del autismo, diferenciándolo de la esquizofrenia como dos entidades psicopatológicas diferentes. En el autismo los síntomas diagnósticos aparecen en primera infancia a diferencia de los síntomas diagnósticos de esquizofrenia que, aparecen casi exclusivamente en edad adolescente o adulta y con características clínicas nucleares totalmente diferentes (2). Autores han propuesto un concepto más dimensional de la psicosis, proponiendo el término de trastorno del espectro de la psicosis, similar al reconocimiento del TEA por el DSM-5/ CIE-10 (3). El TEA es indudable que se asocia a la psicosis, pero también refleja una asociación compleja. En el espectro de la psicosis existen cuadros pseudo-psicóticos en niños y adolescentes, evolutivamente dentro de la normalidad, con una evolución en el tiempo exenta de psicopatología (4). El TEA, con dificultades inherentes en la percepción de sus sensaciones, emociones y cogniciones, comprensión social, empatía, regulación sensorial, emocional o/y cognitiva, expresividad y razonamiento verbal, coexiste con interpretaciones

2

erróneas de su entorno o de las personas o con una dificultad en comunicar sus experiencias internas, presentándose en ocasiones similar a las alteraciones del pensamiento o psicosis (5). Mas allá de que los síntomas pseudo-psicóticos puedan ser explicados desde el autismo, ocurren cuadros psicóticos comórbidos con el autismo. Trastornos o síntomas psicóticos agudos, asociados con el estrés, con alto contenido emocional, que revierten con dosis bajas de antipsicóticos, con una buena evolución y sin recidivas. En otras ocasiones se asocia a síntomas psicóticos con trastornos afectivos más severos o trastornos bipolares, con una evolución más tortuosa y recurrente. En otros casos, a trastornos esquizofreniformes con alucinaciones, delirios elaborados o/y alteraciones del pensamiento, siguiendo la definición más Kraepeliniana de la esquizofrenia, con escasa respuesta a los tratamientos farmacológicos, con un curso deteriorante y cronificado. En un 10% de los casos, el autismo se asocia a la catatonia, con heterogeneidad fenotípica, desde cuadros disociativos, trastornos afectivos graves o cuadros esquizofreniformes, necesitando estudios para establecer deducciones más conclusivas (6). El avance tecnológico ha permitido demostrar que ambos, esquizofrenia-psicosis y autismo tienen una base etiológica genética firme (7). En esquizofrenia existe un mayor número de estudios de todo el genoma de variantes comunes genéticas, mientras que en el autismo se han identificado más variantes genéticas raras con un mayor número de estudios de secuenciación exómica. Frecuentemente en esquizofrenia se han excluido pacientes con discapacidad intelectual de los estudios genéticos, limitando la identificación de variantes genéticas raras en esta población. La asociación entre autismo y psicosis coexiste más frecuente en el autismo con mutaciones genéticas raras y con múltiples alteraciones evolutivas. Sin embargo, en estos casos, autismo y psicosis aparecen independientemente en diferentes edades. Es decir, la relación entre autismo y psicosis no está claramente definida.

Otro tema importante en relación al TEA es la asociación del TEA con dificultades en el desarrollo de la propia identidad de género, no exento de controversias ideológicas políticas, religiosas y sociales, ignorando la esencia del autismo. La CIE-11 ha reemplazado la categoría de la CIE-10 de transexualismo y trastornos de identidad de género por incongruencia de género,

separando edad adolescente y adulta de la infancia, retirándolo del capítulo de trastornos mentales y de la conducta, al capítulo de condiciones relacionadas con la salud sexual. Tras el “Gender Identity Development Services” report (GIDS) (informe de los Servicios de Desarrollo de Identidad de Género) de la Dra. Cass (8) y la revisión sistemática NICE de la evidencia de las hormonas bloqueadoras de la pubertad (9), Inglaterra ha suprimido desde el 31 de marzo del 2024, las GIDS del Sistema Público de Salud Ingles en la Tavistock and Portman NHS Trust, únicas clínicas especializadas en el abordaje de casos disforia de género en menores de 18 años en Inglaterra, después de aumentar sus consultas en un 3.360% entre 2009 y 2018, de edad adolescente principalmente y con un 1/3 asociado a un diagnóstico de TEA. También ha suprimido el tratamiento hormonal ordinario de incongruencia de género en menores de 16 años en el servicio público, permitiendo exclusivamente tratamientos hormonales en ensayos clínicos y de aparición prepuberal. En mayores de 16 años podrán tener tratamientos hormonales de afirmación de género en clínicas multidisciplinares especializadas y a partir de los 18 años, cirugía en las clínicas de incongruencia de género para adultos. En España la reciente aprobación de la ley trans del 16 de febrero del 2023 que da poder de decisión, a partir de los 16 años, de cambiarse el nombre y género en el registro civil sin tener que cumplir el requisito previo de dos años de hormonación y un aval médico, ha provocado controversia. La decisión de los tratamientos hormonales y cirugía para incongruencia de género recae en las comunidades autónomas. La relación de esta compleja asociación con el autismo está muy distante todavía de llegar a comprenderse. Se han propuesto teorías biológicas no probadas científicamente de la exposición prenatal a la testosterona o alteraciones en el grosor cortical. La exposición a factores sociales estresantes de niños-adolescentes con autismo, creciendo en ambientes hostiles, victimizados o ignorados sin poder integrarse con sus compañeros, especialmente de su mismo género, puede tener implicaciones importantes en el desarrollo de su propia identidad (10). También los síntomas de autismo, con una inflexibilidad marcada a mínimos cambios puberales físicos que no pueden controlar y que a algunos les cuesta mucho aceptar. Es en la adolescencia cuando hay más sentido de

autoconciencia de sus diferencias y la incongruencia de género se ha asociado al sentimiento de marginación social, con dificultades de aceptar su condición de autismo. La identificación con grupos de un tercer género, no dicotómico, no binario y la pertenencia a un grupo social muy definido puede aliviar este sentido de marginación. Más de un 50% de las personas con autismo, no son heterosexuales, presentando una variabilidad importante en la expresión de su sexualidad (11). La incongruencia de género puede representar una más libre expresión de su género identitario sin restricciones sociales e incluso una forma de rebelión social. Mas allá de los cambios de terminología o de leyes, debemos entender los procesos por los que las personas con autismo presentan más incongruencia de género que sus colegas normo típicos y la mejor manera de ayudarles en el desarrollo de su propia identidad para que puedan integrarse socialmente, aceptándose tal y como son. Para ello es imprescindible un cambio social en los colegios y en la vida social de los adolescentes - adultos jóvenes para que las personas con autismo se sientan aceptados, respetados y valorados tal como son.

FINANCIACIÓN

La Dra. A. Hervás recibe financiación de: Proyectos I+D+i, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, de HORIZON-HLTH-2023-TOOL-05, Horizon Europe Framework Programme (HORIZON) y de Proyectos de investigación IMPaCT, Instituto de Salud Carlos III.

REFERENCIAS

1. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *MMWR Surveill Summ.* 2023;72: 1-14.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
2. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry.* 2017;4:339-346.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
3. Guloksuz S, van Os J. Renaming schizophrenia: 5 × 5. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28: 254-7.
<https://doi.org/10.1017/S2045796018000586>.
4. Sunshine, A., & McClellan, J. Practitioner review: Psychosis in children and adolescents. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2023; 64, 980-88.
5. Hervas A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista [One autism, several autisms. Phenotypical variability in autism spectrum disorders]. *Rev Neurol.* 2016;62 Suppl 1: S9-14.
6. Vaquerizo-Serrano J, Salazar De Pablo G, Singh J, Santosh P. Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry.* 2021 ;65:e4.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2259>.
7. Antaki D, Guevara J, Maihofer AX, Klein M, Gujral M, Grove J, et al. A phenotypic spectrum of autism is attributable to the combined effects of rare variants, polygenic risk and sex. *Nat Genet.* 2022;54:1284-1292.
<https://doi.org/10.1038/s41588-022-01064-5>.
8. NHS England (2023). NHS commissioning » Implementing advice from the Cass Review. (2022). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report.
9. National Institute for Health and Social Care Excellence (2020). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria. Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria.
10. Park I, Gong J, Lyons GL, Hirota T, Takahashi M, Kim B, et al. Prevalence of and Factors Associated with School Bullying in Students with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Cultural Meta-Analysis. *Yonsei Med J.* 2020;61:909-922.
<https://doi.org/10.3349/ymj.2020.61.11.909>.
11. Hervas A, Pont C. Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista [Affective-sexual development in people with autistic spectrum disorders]. *Medicina (B Aires).* 2020;80 Suppl 2: 7-11.

G. Atienza Merino ^{1 *} 
J. Mazaira Castro ² 
C. Álvarez García ² 
I. Gomez-Tato ² 
M. D. Martínez García ² 
M. Mascareñas García ³ 
C. Vilas Fernández ² 
B. Pais Iglesias ⁴ 

1 Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, A Coruña, España.

2 Unidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, A Coruña, España.

3 Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, A Coruña, España.

4 Subdirección de Calidad. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, A Coruña, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Gerardo Atienza Merino

Correo: gerardo.atienza.merino@sergas.es

Identificación de barreras y facilitadores en el desarrollo e implementación de la norma ISO 9001:2015 en una Unidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia

Identification of barriers and facilitators in the development and implementation of the ISO 9001:2015 standard in a Child and Adolescent Psychiatry Unit

RESUMEN

Introducción y objetivo: El interés por la mejora de la calidad asistencial ha llevado a la implementación de la norma *International Organization for Standardization* (ISO) 9001:2015 en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña, España). El objetivo de este trabajo es describir la metodología desarrollada para su obtención, así como la experiencia percibida del proceso. **Método:** Los pasos llevados a cabo fueron: creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de calidad y un cronograma de trabajo; elaboración del Manual de Calidad, Mapa de procesos y definición del alcance del Sistema de Gestión de Calidad (SGC); elaboración y planificación de las encuestas de satisfacción; definición de los procesos operativos y asistenciales; análisis del contexto y de las partes interesadas; definición de los riesgos y oportunidades del sistema de calidad y

ABSTRACT

Introduction and objective: The interest in improving the quality of care has led to the implementation of the International Organization for Standardization (ISO) 9001:2015 standard in the Child and Adolescent Psychiatry Unit of the Santiago de Compostela University Clinical Hospital (A Coruña, Spain). The objective of this work is to describe the methodology developed to obtain it, as well as the perceived experience of the process. **Method:** The steps carried out were: creation of a multidisciplinary quality work group and a work schedule; preparation of the Quality Manual, Process Map and definition of the scope of the Quality Management System; preparation and planning of satisfaction surveys; definition of operational and care processes; context and stakeholder analysis; definition of the risks and opportunities of the quality system; establishment

establecimiento de los indicadores de medición de la calidad; establecimiento de acciones para fomentar la formación continuada; revisión del sistema de calidad por la Dirección y planificación de objetivos de mejora. **Resultados:** Se cumplió con el cronograma acordado finalizando todas las tareas establecidas en un periodo aproximado de 15 meses. Por último, se realizó una evaluación del cumplimiento de requisitos/resultados mediante una auditoría interna y otra externa, dividida en dos fases, tras la que se consiguió la certificación del SGC de la Unidad según la norma ISO 9001:2015. **Discusión y conclusiones:** La implementación de la norma ISO debe considerarse el comienzo de una metódica de trabajo que asegure la mejora continua, el trabajo en equipo y que establezca una cultura de la calidad en la Unidad a través de un seguimiento continuo de su actividad.

Palabras clave: calidad, norma ISO 9001:2015, sistema de gestión de calidad, psiquiatría de la infancia y adolescencia.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela (A Coruña, España) tiene como área geográfica de referencia el del Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, que incluye alrededor de 60.000 menores de 16 años (1). Su cartera de servicios incluye la atención al paciente hospitalizado, siendo de referencia para toda Galicia, la Psiquiatría de enlace, la asistencia psiquiátrica y psicológica ambulatoria y la asistencia en hospital de día.

El interés de la Unidad por la mejora de la calidad asistencial, una constante a lo largo de su trayectoria, unido a la creación de la especialidad de Psiquiatría infantil y de la Adolescencia y el comienzo de la formación específica, fueron circunstancias que condujeron a valorar la implementación de un sistema de gestión de la calidad (SGC) basado en la versión 9001:2015 de la norma ISO (*International Organization for Standardization*) (2, 3). Esta norma ha demostrado

of quality measurement indicators; establishment of actions to promote continued training; review of the quality system by the hospital management; and planning of the improvement objectives. **Results:** The agreed schedule was met, completing all the established tasks in a period of approximately 15 months. Finally, an evaluation of compliance with requirements/results was carried out through an internal and external audit, after which certification of the Unit was achieved according to the ISO 9001:2015 standard. **Discussion and Conclusions:** The implementation of the ISO standard should be considered the beginning of a working method that ensures continuous improvement, teamwork and establishes a culture of quality in the Unit through continuous monitoring of its activity.

Keywords: quality; ISO 9001:2015 standard; quality management system; child and adolescent psychiatry.

su adecuación a la asistencia sanitaria, y con su aplicación se buscó promover el proceso de mejora continua, el trabajo en equipo, la estandarización de los procesos y asegurar una asistencia de los pacientes segura y eficiente que contribuyese a mejorar su satisfacción (4).

El objetivo de este trabajo es describir la metodología desarrollada para la obtención de la certificación ISO 9001:2015 de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, así como la experiencia percibida del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de la implementación de un SGC basado en la norma ISO 9001:2015. El primer paso de cara a la certificación de la Unidad fue la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar de Calidad formado, además del responsable de la Unidad, por representantes de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social y de la Unidad

6

de Calidad, ésta última responsable de dirigir todo el proceso de certificación. Se estableció un calendario de reuniones y se realizó una valoración inicial del punto de partida de la Unidad de Salud Mental en cuanto a existencia de protocolos médicos y de enfermería, disponibilidad de indicadores de actividad asistencial y existencia de encuestas de satisfacción.

La propuesta de obtener la certificación contó desde el primer momento con la aprobación de la Dirección del hospital, fundamentalmente de la Subdirección de Calidad. También se informó a todos los miembros de la Unidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de la decisión de mejorar la calidad asistencial a través de un proceso de certificación, solicitando la colaboración en el mismo.

Como modelo de SGC se seleccionó la norma ISO 9001:2015, basada en la gestión por procesos y en una evaluación sistemática del riesgo, empleada en otros servicios del hospital y, por tanto, con experiencia en su implementación.

Antes de comenzar, el grupo de trabajo recibió formación sobre la norma ISO 9001, en concreto, sobre la gestión de la calidad, el método de implementación y la utilización de indicadores. A continuación, se estableció un cronograma de trabajo y se especificaron las diferentes tareas a llevar a cabo: 1) Elaboración de un Manual de Calidad; 2) Elaboración del Mapa de procesos y definición del Alcance del SGC; 3) Elaboración y planificación de las encuestas de satisfacción y de sugerencias; 4) Definición de los procesos operativos y asistenciales; 5) Análisis del contexto y de las partes interesadas; 6) Definición de los riesgos y oportunidades del sistema de calidad; 7) Establecimiento de los indicadores de medición de la calidad; 8) Acciones para fomentar la formación continuada; 9) Revisión del sistema de calidad por la Dirección y 10) Planificación de objetivos de mejora.

RESULTADOS

Se cumplió con el cronograma acordado y se llevaron a cabo las reuniones quincenales establecidas durante un periodo aproximado de 15 meses. Una primera valoración inicial puso de manifiesto la existencia de protocolos médicos y de enfermería, si bien se carecía de algunos considerados importantes.

También, se disponía de indicadores de actividad asistencial facilitados periódicamente por la Unidad de Control de Gestión del hospital (número de ingresos y altas, días de estancia, número de consultas primeras y sucesivas, demora, etc.). Sin embargo, hasta el momento nunca se habían realizado encuestas de satisfacción de pacientes y familiares en relación al proceso de hospitalización, hospital de día o consultas externas.

Las tareas llevadas a cabo fueron las siguientes:

1. *Manual de Calidad*: no fue necesaria su elaboración debido a que el Hospital ya contaba con un “Manual de requisitos e implantación de sistemas de gestión de la calidad. Norma UNE-EN ISO 9001”, en el que se definían los requisitos fundamentales y las directrices básicas para el desarrollo de sistemas de gestión de la calidad basados en la norma UNE-EN ISO 9001.
2. *Mapa de procesos*: con el objetivo de su elaboración, fue necesario identificar los procesos claves de la Unidad, diferenciando los de gestión o estratégicos, los procesos operativos y los de soporte o apoyo. Este mapa sirvió también para ayudar a definir el Alcance del SGC, es decir sus límites, que incluyó la hospitalización de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, así como la asistencia tanto en Hospital de Día como en Consultas externas (ver [figura 1](#)).
3. *Encuestas de satisfacción y de sugerencias*: se concretaron aquellas encuestas consideradas indispensables y su estructura, con los campos que debían abarcar, así como un cronograma de las mismas. Se realizaron encuestas a pacientes y familiares de planta de hospitalización, de hospital de día y de consultas externas. También una encuesta a todos los profesionales de la Unidad, con el objetivo de valorar el clima laboral.
4. *Procesos operativos y asistenciales*: teniendo en cuenta el mapa de procesos, se definieron y elaboraron aquellos considerados claves u operativos: 1) de ingreso en Hospitalización; 2) de Hospitalización (con los subprocesos de Acogida, Planificación de cuidados y tratamiento y Proceso de alta y continuidad asistencial); 3) de Hospital de Día; 4) de Consultas Externas. Respecto a los procedimientos asistenciales, se revisaron o

- elaboraron de nuevo un total de 20, tanto médicos como de enfermería.
- Análisis del contexto y de partes interesadas:* el grupo de trabajo elaboró, mediante un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), el contexto de la Unidad, es decir, aquellos factores externos e internos que podrían influir positiva o negativamente en los resultados. También definió cuales eran las partes interesadas, es decir, aquellos grupos de personas u organizaciones que podrían afectar o verse afectados por el propio SGC a instaurar.
 - Definición de riesgos y oportunidades:* se realizó una identificación de aquellos posibles riesgos relevantes asociados al SGC, las pautas de actuación establecidas o puntos de control implementados para evitar que ocurran dichos eventos, así como una planificación de las oportunidades o acciones necesarias de mejora.
 - Indicadores de medición de la calidad:* se estableció un panel de indicadores, teniendo en cuenta los diferentes procesos operativos, todos ellos con

- su definición, fórmula, fuente de información, estándar y frecuencia de valoración (Ver [tabla 1](#)).
- Formación continuada:* se establecieron acciones para fomentar la formación continuada del personal de la Unidad, como el establecimiento de un programa de sesiones clínicas específico de la Unidad o la información periódica de la disponibilidad de cursos. También se establecieron acciones para fomentar la realización de publicaciones, ponencias y comunicaciones científicas.
 - Revisión del sistema de calidad por la Dirección:* se realizó una evaluación global de los resultados y una detección de las áreas de mejora mediante una revisión del sistema por la Dirección.
 - Planificación de objetivos de mejora:* se definieron una serie de objetivos de mejora para su implementación a lo largo de 2023, todos ellos con sus responsables y el plazo de ejecución, siendo sometidos a seguimiento por parte del responsable de la Unidad y de la Unidad de Calidad.



Figura 1. Mapa de procesos del sistema de gestión de la calidad.

Tabla 1. Relación de indicadores por proceso operativo.

PROCESO OPERATIVO	APARTADO	INDICADOR
INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN	DEMORA EN INGRESO	Demora para ingreso programado
	ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA	% de menores ingresados con registro de valoración de enfermería
		Número de caídas registradas en pacientes ingresados
	ACTIVIDAD	% de menores dados de alta con informe de continuidad de cuidados al alta
		Número de ingresos anuales
		Estancia media en Unidad de hospitalización
		% de ocupación de la Unidad de hospitalización
	CONTINUIDAD AL ALTA	Tiempo de espera para seguimiento en dispositivo de salud mental tras alta de unidad de hospitalización
	REINGRESOS	% de reingresos a los 30 días por el mismo motivo
	INTENTOS DE SUICIDIO Y FUGAS	Número de intentos de suicidio en la Unidad
HISTORIA SOCIAL	Número de fugas de la Unidad	
	% de pacientes ingresados con historia social	
CONTENCIONES MECÁNICAS	Número de pacientes a los que se ha realizado una contención mecánica	
SATISFACCIÓN	Porcentaje de pacientes satisfechos con la Unidad	
HOSPITAL DE DÍA	ACTIVIDAD	Porcentaje de familiares o tutores satisfechos con la Unidad
		Nº de pacientes atendidos en Hospital de Día
		Nº de episodios de atención en Hospital de Día
		Estancia media en Hospital de Día
	% de menores ingresados con registro de valoración de enfermería	
	% de menores dados de alta con informe de continuidad de cuidados al alta	
	EVALUACIÓN	Porcentaje de pacientes evaluados en menos de 7 días laborables en el Hospital de Día
HISTORIA SOCIAL	% de pacientes en Hospital de Día con historia social	
	Porcentaje de pacientes satisfechos con el Hospital de Día	
CONSULTAS EXTERNAS	ACTIVIDAD	Porcentaje de familiares satisfechos con el Hospital de Día
		Nº de primeras consultas
		Nº de consultas sucesivas
		Cociente sucesivas/Primeras
		Demora para primera consulta
	Demora para consulta sucesiva	
	SATISFACCIÓN	Atención a pacientes con alto riesgo suicida en menos de 10 días
INDICADORES COMUNES	DOCENCIA/FORM CONT/INVESTIG.	Porcentaje de pacientes satisfechos con las Consultas Externas
		Porcentaje de familiares satisfechos con las Consultas Externas
		Nº de sesiones clínicas/bibliográficas
	URGENCIAS RECLAMACIONES	Nº de publicaciones/comunicaciones
		Nº de cursos impartidos/recibidos
SATISFACCIÓN PROFESIONALES	Urgencias ambulatorias u hospitalarias atendidas	
	Número de reclamaciones	
	% de respuesta de reclamaciones < 15 días	
	Porcentaje de profesionales satisfechos con la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil	

Por último, se realizó una evaluación del cumplimiento de requisitos/resultados mediante una auditoría interna y en mayo de 2023 se realizó la auditoría externa, dividida en dos fases, tras la que se consiguió la certificación del SGC de la Unidad según la norma ISO 9001:2015. Estas auditorías fueron imprescindibles para conocer de forma veraz el estado actual de implementación del sistema de gestión de la calidad. Destacar que el comité de evaluación de la empresa certificadora puso de relieve la importante implicación y enfoque al paciente de todo el personal de la Unidad.

DISCUSIÓN

Una asistencia sanitaria segura y eficiente se debe realizar conforme a una metodología validada y rigurosa que permita identificar objetivos, definir procesos, asignar responsabilidades y evaluar resultados. En este sentido, la norma ISO 9001:2015 ha mostrado ser una herramienta útil para organizar, sistematizar y mejorar la actividad de un servicio hospitalario, en este caso, una Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, siendo diversas las experiencias en nuestro entorno (5-9).

Ahora bien, es preciso tener en cuenta que lograr la certificación ISO nunca debe considerarse una meta en sí misma, sino el comienzo de una metódica de trabajo que asegure la mejora continua, el trabajo en equipo y el establecimiento de una cultura de la calidad. Disponer de un SGC indica que se han establecido las herramientas y procedimientos necesarios para garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (6). La aplicación de la norma ISO ha supuesto protocolizar y homogeneizar el método y la forma de trabajar y llevar a cabo un registro y un control más adecuado de la actividad asistencial, con el fin de conseguir la mejora continua. Además, periódicamente se revisó el cumplimiento de los objetivos planteados y se buscaron las mejores opciones para ofrecer una asistencia sanitaria más completa y satisfactoria para el paciente y sus familiares.

Hay autores que consideran muy importante el momento en el que se comienza el proceso de certificación (5). En nuestro caso, consideramos que el momento elegido fue el adecuado, debido a la

conjunción reciente de dos hechos: la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y el otorgarse al hospital la docencia de Médicos Internos Residentes (MIR) en dicha especialidad.

En todo el proceso se ha contado con el apoyo de la Dirección del hospital y su revisión del SGC ha sido una herramienta imprescindible (7). Sin embargo, este apoyo, aunque necesario, no es suficiente si no existe un grupo que lidere el proyecto, coordine las actividades y fomente la motivación y la participación del resto de las personas que forman el equipo profesional.

El trabajo en equipo del grupo de calidad fue esencial y destacar su carácter multidisciplinar, por lo que todos los estamentos profesionales participaron desde el comienzo en la puesta en marcha del sistema de gestión de la calidad y pudieron exponer sus diferentes visiones de la asistencia prestada. Coincidiendo con otros autores (5), consideramos que este hecho fue muy importante para la aceptación y adopción final del sistema por parte del resto del personal. Destacar también la disciplina del grupo en el cumplimiento del cronograma establecido, a pesar de la presión asistencial que actuó de barrera en algunas ocasiones, si bien la actividad de la Unidad no se vio afectada.

La implementación de la norma ISO 9001:2015 ha contribuido también a disminuir la variabilidad en la práctica médica, un hecho íntimamente ligado a la Medicina, al estandarizar las formas de trabajo y con ello, homogeneizar la atención sanitaria (8-9). Esto último está también ligado con la seguridad de los pacientes, aspecto de gran importancia para la norma, potenciándose el reconocimiento y registro de eventos adversos.

Se incluyeron varios objetivos en relación a la formación continuada, como la puesta en marcha de medidas para su fomento entre el personal de la Unidad mediante el establecimiento de un programa de sesiones clínicas específico de la Unidad (antes se realizaban de forma conjunta con el resto del Servicio de Psiquiatría), o el compromiso de compartir la información disponible acerca de cursos específicos en los diferentes ámbitos de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. Otro objetivo fue el de incrementar la investigación y la elaboración de publicaciones,

10

ponencias y comunicaciones científicas, para lo cual se fijó el compromiso de informar a todo el personal de los diferentes grupos de trabajo y de investigación existentes y de fomentar la participación en ellos. También, de cara a los residentes, se estimuló la identificación de casos clínicos que pudiesen presentar en congresos y jornadas.

La Unidad de Salud Mental de la Infancia y Adolescencia del Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza es la primera que se acredita en Galicia por la norma ISO 9001:2015 y una de las pocas existentes en España. Conseguir la certificación ha ayudado a aumentar el prestigio de la Unidad y repercutió favorablemente en las relaciones de las personas que la forman, mejorando la autoestima del grupo y contribuyendo a que exista un mejor clima laboral.

Como ya se ha comentado, la certificación no debe considerarse una meta, sino el comienzo de una forma de trabajar homogénea y en equipo, siendo imprescindible el análisis periódico de la evolución de los indicadores establecidos para detectar desviaciones e implementación de acciones correctivas.

A lo largo de este artículo se ha pretendido reflejar cómo ha sido la metodología de trabajo para lograr la certificación ISO, cómo se han superado ciertos obstáculos y cuál ha sido el resultado final. Esta actividad, como casi todas, no está exenta de dificultades, pero la experiencia muestra que pueden ser superadas. El resultado final ha sido positivo, tanto para los pacientes como para el equipo que lo ha realizado, por lo que es un proceso y una experiencia que se debe recomendar a otros Servicios y Unidades. Sin embargo, lo difícil es mantener la certificación ISO a lo largo del tiempo, por lo que el mayor reto comienza ahora, con el seguimiento continuo de la actividad para detectar posibles inconsistencias y seguir en la línea de la mejora continua.

CONCLUSIONES

- La adopción de un sistema de gestión de la calidad SGC basado en la norma ISO 9001:2015 supone organizar, sistematizar y optimizar el método y la forma de trabajo con el fin de conseguir la mejora

continua y garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

- Es esencial el momento de comenzar la implementación de un SGC, así como la elección y el trabajo de un grupo multidisciplinar de calidad que coordine las actividades y fomente la motivación y la participación del resto de personas que forman el equipo profesional.
- Es necesario contar con el apoyo de la Dirección del hospital y su revisión del SGC es una herramienta imprescindible.
- La implementación de la norma ISO 9001:2015 contribuye a disminuir la variabilidad en la práctica médica, homogeneizar la atención sanitaria y mejorar la seguridad de los pacientes.
- En todo sistema de gestión de la calidad deben incluirse objetivos relacionados con la formación continuada de los profesionales, la docencia y el fomento de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales, tanto de la Unidad como de fuera de ella, así como a la Gerencia y Dirección del Área Sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, por su contribución en la certificación ISO 9001:2015 de la Unidad de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

CONTRIBUCIONES

GAM y JMC realizaron la concepción inicial y diseño del estudio. Todos los autores participaron en la redacción y revisión crítica del manuscrito y aprobaron el documento definitivo.

REFERENCIAS

1. IGE. Censo de Población 2022. Santiago de Compostela (A Coruña): Instituto Galego de Estatística.
2. Asociación española de normalización y certificación, AENOR. UNE-EN ISO 9001:2015 Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Madrid, 2015.
3. Gómez JA. (Asociación española de normalización y certificación, AENOR). Guía para la aplicación de UNE-EN ISO 9001:2015. Madrid, 2015.
4. Rodríguez-Cerrillo M, Fernández-Díaz E, Inurrieta-Romero A, Poza-Montoro A. Implementation of a quality management system according to 9001 standard in a hospital in the home unit: Changes and achievements. *Int J Health Care Qual Assur.* 2012;25(6): 498-508. <https://doi.org/10.1108/09526861211246458>
5. Cabero MJ, Guerra JL, Gaité L, Prellezo S, Pulido P, Álvarez L. La experiencia de implantar la norma ISO 9001:2015 para certificar una unidad hospitalaria de urgencias pediátricas [Experience of implementing the ISO 9001:2015 standard for the accreditation of a paediatric hospital emergency department]. *J Healthc Qual Res.* 2018;33: 187-92. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.02.005>
6. Betlloch-Mas I, Ramón-Sapena R, Abellán-García C, Pascual-Ramírez JC. Implementation and Operation of an Integrated Quality Management System in Accordance With ISO 9001:2015 in a Dermatology Department. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed).* 2019;110: 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.08.003>
7. Mercader Alarcón M, Miralles Sancho J, Pérez Carbonell A, Nolasco Guirao V, Antón Latour MA, Miras García MM. Result of the implementation of a quality management system based on the ISO 9001:2015 standard in a surgical intensive care unit. *Rev Esp Anestesiol Reanim (Engl Ed).* 2023;70: 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2021.09.010>
8. Poblete García VM, Talavera Rubio MP, Palomar Muñoz A, Pilkington Woll JP, Cordero García JM, García Vicente AM, et al. Implantación de un sistema de gestión de calidad según norma UNE-UN-ISO 9001:2008 en un servicio de medicina nuclear. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol.* 2013;32:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.remnm.2012.01.004>
9. Velasco Gimeno C, Cuerda Compés C, Alonso Puerta A, Frías Soriano L, Cambor Álvarez M, Bretón Lesmes I, et al. Implantación de un sistema de gestión de calidad en una Unidad de Nutrición según la norma UNE-EN-ISO 9001:2008. *Nutr Hosp.* 2015;32: 1386-92. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.3.9403>

Tamara Coya Alonso ¹ * 
María del Carmen Rossignoli Otero ² 
Manuel José Couce Sánchez ² 
Lucía Pérez Suárez ² 
Elena Martín Gil ² 
Paula García Vázquez ² 
Santiago Enrique Gómez Mañas ¹ 
Elisa Seijo Zazo ² 

1 Hospital Vital Alvarez Buylla (HVAB) – Mieres, Asturias, España.

2 Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) – Oviedo, Asturias, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Tamara Coya Alonso
Correo: tamara.coya@sespa.es

Autismo y STK39: a propósito de un caso clínico

Autism and STK39: A case report

RESUMEN

STK39 es un gen que codifica para la serina/ treonina quinasa, localizado en el cromosoma 2q24.3. Conocido también por sus homólogos SPAK/PASK/STE20-SPS1, se encuentra abundantemente expresado en el cerebro con funciones en la diferenciación celular, la transformación y proliferación celular. En la literatura se han encontrado diversos artículos donde se muestra una asociación de dicho gen con neoplasias renales y hepáticas fundamentalmente. Usando los términos autismo, genética, STK39 y psicosis, se ha realizado una búsqueda en los periodos comprendidos desde 2018 a 2023 en PubMed. El caso clínico relatado a continuación versa sobre unas hermanas mellizas, portadoras de dicho gen, con el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo (TEA) y discapacidad intelectual, así como comorbilidad orgánica para ambas. En una de ellas, tal y como se presenta, se desarrolla un episodio psicótico a los 12 años de edad. A pesar de que el gen STK39 no está descrito como uno de los genes más frecuentemente responsable de la expresión de TEA, un estudio en la literatura apoya que el STK39 sería un nuevo gen candidato para el TEA.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, trastorno del neurodesarrollo, STK39, psicótico, caso clínico.

ABSTRACT

STK39 is a serine/threonine kinase encoding gene, located on chromosome 2q24.3. It is also known by its homologous genes SPAK/PASK/STE20-SPS1. It is abundantly expressed in the brain with functions in cell differentiation, transformation and proliferation. In the literature found at the time of the bibliographic search for the investigation of the clinical case, several articles have been found showing an association of this gene with renal and hepatic neoplasms, fundamentally. Using the terms autism, genetics, STK39 and psychosis, a search was carried out in the periods from 2018 to 2023 in PubMed. The clinical case reported concerns two twin sisters, carriers of this gene and with the present diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) and intellectual disability, along with organic comorbidity in both. In one of them, as presented, a psychotic episode develops at 12 years of age. STK39 is not among the most commonly described genes for ASD, but one study in the literature supports that STK39 would be a new candidate gene for autism.

Keywords: autism spectrum disorder, neurodevelopmental disorder, STK39, psychotic, case report.

INTRODUCCIÓN

STK39 es un gen que codifica para la serina/treonina quinasa, localizado en el cromosoma 2q24.3. Conocido también por sus homólogos SPAK/PASK/STE20-SPS1. Se encuentra abundantemente expresado en el cerebro con funciones en la diferenciación celular, la transformación y proliferación celular. En la literatura se han encontrado diversos artículos donde se muestra una asociación de dicho gen con neoplasias renales y hepáticas fundamentalmente (1,2,3).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO, O DESARROLLO DEL COMENTARIO

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente de 12 años, diagnosticada de Trastorno del espectro del autismo (TEA) y discapacidad intelectual. Portadora heterocigota del gen PASK (STK39) asociado a TEA, y comorbilidad orgánica (alteraciones neurológicas y cardíacas), al igual que su hermana melliza. En un contexto de diversas dificultades vitales acontecidas en el tiempo, la paciente desarrolla un brote psicótico, motivo por el que precisó su hospitalización en la unidad de infanto-juvenil. Existen escasas referencias bibliográficas al respecto.

La paciente vive en una zona urbana con su madre. Sus padres están separados desde apenas el nacimiento de la misma. Tiene la custodia su madre. Mantiene contacto y visitas habituales establecidas con su padre. Tiene una hermana melliza, con idénticos diagnósticos mencionados previamente, con la que convive y otras dos hermanas mayores independizadas. No hay otros antecedentes familiares psiquiátricos diagnosticados.

Se encuentra escolarizada en 6º curso de educación primaria con adaptación, alumna con necesidades educativas especiales, recibiendo los apoyos psicopedagógicos pertinentes, aunque actualmente no asiste al mismo por aumento de vivencias de estrés escolar (tanto académico como relacional).

Como antecedentes somáticos, no presenta alergias, tiene asma bronquial y está intervenida de adenoides. En la historia evolutiva se encuentran factores de riesgo perinatales: embarazo de riesgo, dificultades en el nacimiento (cesárea), prematuridad

(32 semanas), bajo peso al nacer (aproximadamente 1500g), inmadurez pulmonar, y un mes en incubadora, así como escaso contacto físico en las primeras semanas tras el nacimiento.

Los padres refieren que siempre observaron un desarrollo más lento en ambas hermanas comparándolo con el de sus hermanas mayores. A nivel de hitos del desarrollo, ambas han manifestado un retraso en la adquisición de hitos motores (retraso en caminar, comer, continencia de esfínteres...) y lenguaje, asociado a dificultades de relación con el entorno. Por ello, la paciente fue valorada por neuropediatría y neurocirugía, realizando análisis genéticos, resonancia cerebral, estudios neurofisiológicos que incluyeron: electroencefalograma así como potenciales evocados. Siendo todos normales, salvo hallazgos de variantes anatómicas en resonancia, que se adjunta.

“RM: Hipoplasia de la región anterior de la hoz cerebral, con interdigitación de las circunvoluciones frontales. Además, se observa discreta hipoplasia del rostrum del cuerpo calloso. Múltiples quistes aracnoideos epidurales, siendo el mayor de tamaño de 15 mm, en el agujero de conjunción derecho de T8. Sin efecto masa aparente.”

Inició seguimiento en salud mental tras ser derivada por su pediatra de atención primaria para valoración por sospecha de detención del desarrollo a los cuatro años de edad (2014).

Actualmente mantiene un seguimiento en centro de salud mental infanto-juvenil desde 2014 con diagnóstico de Trastorno del Espectro del Autismo con Trastorno del Desarrollo Intelectual con alteración funcional del lenguaje (6 A02.3-CIE-11). Según anterior clasificación: trastorno desarrollo psicológico no especificado (F89-CIE-10). También recibió el diagnóstico de trastorno de vinculación de la infancia reactivo asociado (F94.1-CIE-10).

Los hallazgos más significativos de la exploración psicopatológica inicial fueron:

- Contacto afectivo poco selectivo o discriminado. Era capaz de establecer relación con adultos rápidamente, aunque en un primer momento podía mostrarse callada, inhibida y huidiza en la mirada. Superado el primer momento se mostraba más receptiva y podía iniciar una interacción más normalizada, por medio del juego y en ocasiones a nivel verbal.

- Desorganización mental y conductual, con tendencia ocasional al aislamiento y ciertas dificultades para la distinción fantasía-realidad.
- Pobreza en la utilización del lenguaje formal.
- Capacidad limitada de simbolización en relación a su edad y nivel de desarrollo.
- Dificultades para una regulación emocional adecuada.
- Extrema selectividad y restricción en la alimentación.
- Déficit en cognición social. No tenía adquiridas todas las claves sociales propias de su edad. Buscaba el contacto con iguales, que con frecuencia podía resultar inadecuado.
- Hiperactividad motora e impulsividad significativas.

La paciente fue atendida en el programa de terapia intensiva para trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia en el centro de salud mental infantil, mediante psicoterapia individual y familiar con periodicidad semanal. Se realizaron también, coordinaciones periódicas con el centro escolar.

La evolución de la misma, tras la intervención, había sido positiva, habiendo aumentado la flexibilidad y la distinción entre realidad y ficción. Presentaba una mayor organización mental y conductual general, así como mejoría a la hora de asumir normas, aun siendo aspectos deficitarios. Se observó la presencia de déficit cognitivo general e importante retraso y desfase académico asociado.

Pasados unos años y coincidiendo con diversos acontecimientos vitales, como fueron la pandemia COVID-19, su etapa post-COVID, aumento progresivo de las dificultades relacionales, dificultades académicas, fallecimiento de su abuelo y finalmente el fallecimiento de su tío, de forma presenciada, y con el que mantenía un contacto muy cercano seis meses antes, la paciente comienza a manifestar un progresivo y significativo aumento de desorganización mental y conductual, con aparición de miedos intensos y alteraciones en el pensamiento, dificultades para distinguir realidad de ficción y alteraciones sensorio-perceptivas de tipo alucinaciones auditivas. Evolucionando paulatinamente y de forma insidiosa, acentuándose seis meses antes del ingreso. La sintomatología observada en ese momento era

compatible con el desarrollo de un trastorno mental grave de tipo psicótico, pendiente de especificación en función de evolución y se optó por iniciar tratamiento farmacológico con risperidona 2mg/día.

La paciente no iba al colegio, en esos momentos por recomendación psicológica, para evitar factores de estrés añadidos, y estaba pendiente de tramitación de cambio de centro y modalidad educativa.

Sin embargo, debido al empeoramiento del cuadro clínico y a pesar de ajustes de risperidona posteriores hasta (0'5-0'5-2ml) con escasa eficacia, precisó derivación para ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil.

En el momento del ingreso, llevaba varias semanas, presentando alucinaciones imperativas de contenido egodistónico, que le indicaban que hiciera daño a su hermana, con importante repercusión emocional, angustia y temor a la pérdida de autocontrol. Describía además pensamientos intrusivos de carácter sexual con incremento de su angustia.

Su madre refería que, a raíz del fallecimiento del tío de la paciente, vivenciado por la misma (hace unos seis meses), la paciente comenzó con alucinaciones visuales, en las que veía a su tío y hablaba con él, pero que cedió con el tratamiento psicofarmacológico (risperidona). También comentó un mayor aislamiento social en los últimos meses, junto con conductas bizarras, soliloquios y risas inmotivadas.

A la exploración psicopatológica al ingreso, la paciente se mostraba orientada y colaboradora, conductualmente adecuada, tranquila y abordable. Tendente al llanto durante la entrevista. No se apreciaron signos de ansiedad. Afectividad inapropiada, alterna, llanto con risas contando sus experiencias. Cierta desinhibición, manteniendo un discurso espontáneo, coherente en el relato de la sintomatología psicótica. Alteraciones de la sensorio-percepción en forma de alucinaciones imperativas egodistónicas de características auto/heteroagresivas e índole sexual, con gran repercusión emocional. Presentaba bloqueos a nivel conductual durante los episodios, rompiendo en llanto cuando retomaba el contacto con la realidad. No presentó ideas de muerte ni ideación autolítica estructurada. No mostraba heteroagresividad. Refería miedo de paso al acto. Ritmos biológicos conservados.

Se ingresó a la paciente, en la planta de pediatría a cargo de psiquiatría, con acompañamiento por parte de la familia de forma continuada. El juicio clínico fue de alteraciones sensorio-perceptivas en contexto de TEA.

Se realizaron pruebas complementarias como analíticas generales, incluyendo serologías, vitaminas, hormonas, así como una nueva resonancia cerebral y un electroencefalograma siendo todos los hallazgos normales, salvo las características neurológicas ya presentes en estudios previos.

Durante el ingreso, se realizó ajuste de tratamiento psicofarmacológico con risperidona solución (2-2-3 ml) y se añadió quetiapina (25-25-50mg). Se optó por combinación de antipsicóticos ante remisión parcial de la sintomatología en monoterapia con risperidona, obteniéndose buenos resultados a nivel de eficacia y tolerancia.

La paciente respondió paulatina y favorablemente, atenuándose la sintomatología psicótica y cediendo la angustia. No desarrolló síntomas extrapiramidales. Se observaron fluctuaciones durante la primera semana del ingreso, estabilizándose más allá de la semana y media, consiguiendo disminuir los síntomas psicóticos, la angustia, la desorganización conductual, con mejora de la resonancia afectiva y la participación en actividades con el resto de compañeros.

Se trabajó también abordaje psicoterapéutico dentro de las limitaciones de base de la paciente, realizando entrevistas clínicas con la paciente y la familia, así como con la paciente la conciencia de enfermedad y la adhesión al tratamiento.

En el momento del alta se encontraba tranquila y adecuada, eufórica, reactiva afectivamente, sonriente. Presentaba limitaciones cognitivas en primer plano, por lo que la exploración psicopatológica se encontraba dificultada. Su discurso era centrado y dirigido, reconociendo la persistencia de las alteraciones sensorio-perceptivas, en la esfera auditiva, de carácter egodistónico, de las que hacía crítica, con menor repercusión a nivel afectivo y conductual. Esta sintomatología reconocía que se incrementaba en situaciones de mayor estrés o demanda emocional. No presentó al alta un sistema delirante estructurado ni otras alteraciones sensorio-perceptivas. A la exploración se ponen de manifiesto dificultades para la elaboración del pensamiento abstracto,

manteniendo de base un pensamiento poco flexible. Dificultad en la pragmática del lenguaje y elementos no verbales de la comunicación. Se objetivan rasgos característicos de su trastorno de base, presentando dificultad para el diálogo con sus iguales, fuera de sus intereses. No presentó ideación ni intencionalidad suicida en el momento del alta. Sueño y apetito conservado. Adecuada cobertura familiar.

Los diagnósticos al alta según CIE-10, fueron:

Eje I: Trastorno Generalizado del Desarrollo (F84.0) y Trastorno psicótico agudo (F23.0)

Eje II: Ausencia de trastornos específicos del desarrollo psicológico,

Eje III: Discapacidad intelectual,

Eje IV: Heterocigosis compuesta genes PASK (STK39),

Eje V: Z63.5 – Ruptura familiar por separación y divorcio.

Eje VI: Problema social moderado.

Según DSM-5:

299.00 (F84.0) – Trastorno del espectro autista, grado 1 “necesita ayuda”, con déficit intelectual acompañante, con deterioro del lenguaje acompañante, asociado a afección genética, sin catatonía.

Según CIE-11:

(6 A02.3)- Trastorno del Espectro del Autismo con Trastorno del Desarrollo Intelectual con alteración funcional del lenguaje.

Se plantea como principal diagnóstico diferencial del caso: “Trastorno del espectro autista con alteraciones sensorio-perceptivas a filiar, de posible origen psicótico o sensibilidad sensorial propia del TEA”. Se tienen en cuenta otros diagnósticos diferenciales, que se descartan por criterios clínicos o pruebas orgánicas, como: patología infecciosa (herpética, sífilis, hepatitis, VIH), enfermedades neurológicas como epilepsia o encefalitis, síndrome de Rett, trastornos de ansiedad.

Aunque el pronóstico es variable, es muy probable que evolucione a la cronicidad con variaciones en la intensidad de la clínica y que precise seguimiento crónico en salud mental.

16

Al verse cumplidos los objetivos de ingreso después de tres semanas de hospitalización y de acuerdo con la familia y la paciente, se procede al alta para seguimiento en CSMIJ con terapia de referencia.

La paciente presenta un seguimiento quincenal con psiquiatría tras el alta. Persiste sintomatología sensoriperceptiva contenida, más atenuada y sin repercusión conductual ni angustia. Desarrolla episodios que impresionan de catatónicos, la madre refiere que se queda bloqueada, en una posición, sin moverse, con la mirada fija y babeando 20 días después del alta hospitalaria, por lo que se decide cambiar por aripiprazol (10-0-12 mg) con buena tolerancia y evolución clínica en el momento actual. Posteriormente, desarrolla clínica afectiva, tipo episodio depresivo conforme van pasando los meses, por lo que se pauta antidepresivo, fluoxetina solución (1'25ml-0-0).

En cuanto al seguimiento posterior por parte de neuropediatría, consideraron ampliar estudios orgánicos, solicitando ecografía abdominal para descartar la posible existencia de un teratoma ovárico, que en ocasiones puede asociarse a una encefalitis límbica autoinmune anti-NMDA (4), descartándose finalmente. Refieren además que la alteración genética que portan ambas hermanas se asociada a síndromes esquizofreniformes.

En cuanto a las clases, hasta pasado un mes desde el alta hospitalaria, no se incorpora al centro. A día de hoy muy adaptada y contenta en el colegio.

Actualmente mantiene un seguimiento más distanciado en consultas con psiquiatría y psicología infanto-juvenil, presentando una estabilidad del cuadro. Presenta alguna alteración sensoriperceptiva pero aislada, sin repercusión emocional, con una tendencia a la estabilidad psicopatológica. Se observa una mayor resonancia emocional y mejoría notable del ánimo. Después de doce meses de seguimiento con tratamiento con aripiprazol solución (12-12-0 mg), quetiapina 50 mg (1-1'5-1) y fluoxetina solución (2'5ml-0-0), mantiene una estabilidad psicopatológica hasta el momento actual.

DISCUSIÓN

Según la definición de la CIE-10, los trastornos generalizados del desarrollo (F84, CIE-10) (actual

clasificación según la CIE-11 se incluyen en el grupo 6 A00) son un grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar (5).

En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas ocasiones, las anomalías se manifiestan por primera vez a partir de los cinco años de edad (5). El diagnóstico se puede realizar desde los dieciocho meses de edad.

El autismo infantil es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta antes de los tres años y se caracteriza por un tipo característico de comportamiento anormal, con actividades repetitivas y restrictivas que afecta a la interacción social y a la comunicación. En cuanto a la prevalencia en el sexo, el trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas (5,6,7).

Según datos de la literatura, el trastorno del espectro autista (TEA) ocurre entre el 1% y el 2% de la población mundial y afecta a 3 hombres por 1 mujer. Existe un sesgo en la proporción de sexos en los hombres que es más pronunciado en personas sin discapacidad intelectual (8). Las observaciones clínicas sugieren un patrón poco claro de tipificación de género. El sesgo masculino puede deberse, en parte, al conocimiento excesivo de las mujeres (especialmente las mujeres con mayor rendimiento, que están subrepresentadas en la investigación y la práctica clínica), al sesgo de verificación y a problemas con las herramientas de diagnóstico basadas en modelos masculinos (9,10). Sin embargo, incluso los estudios que explican mejor estos problemas muestran un predominio masculino de 2 a 5:1, lo que tiene importantes implicaciones etiológicas y de desarrollo (11).

La etiopatogenia es multifactorial. Entre los factores de riesgo, se encuentran las influencias genéticas (más de cien genes) y ambientales que actúan en el período prenatal, perinatal y neonatal (12,13,14).

Los mecanismos de asociación entre los factores ambientales y el TEA son objeto de debate. En comparación con los estudios genéticos de los TEA, los estudios de los factores de riesgo ambientales son escasos y tienen importantes limitaciones metodológicas.

La evidencia actual sugiere que algunos factores ambientales, la edad avanzada de los padres y las complicaciones del parto están asociados con un mayor riesgo de trastorno del espectro autista. Otros factores relacionados con el embarazo, como la obesidad materna, la diabetes materna y la cesárea, se asociaron menos fuertemente con el riesgo de trastorno del espectro autista (aunque fueron significativos) (15).

En las revisiones de PubMed se está identificando un número cada vez mayor de causas genéticas del TEA (más de 1500 genes), lo que proporciona información sobre la biología subyacente de estos trastornos. Actualmente se están estudiando las funciones de estos genes para descubrir los mecanismos biológicos que influyen en los resultados clínicos en los portadores de mutaciones. Muchas variantes diferentes convergen en vías biológicas comunes. Estos hallazgos sugieren que la heterogeneidad etiológica, la penetrancia variable y la pleiotropía genética son características comunes de la genética del autismo (12).

No hay una causa genética en particular, a diferencia del síndrome de Rett, donde la mayoría de los individuos presentan mutaciones del gen de la proteína 2 de la unión metil-CpG (MeCP2) (13,14).

El gen STK39, no se encuentra entre los descritos con más prevalencia asociados al autismo. Si bien, es cierto que hay clarividencia sobre ciertos genes asociados al autismo como son: X frágil, SHANK3 y CASPR2, FOXP2, RAY1/ST7, IMMP2L y RELN en 7q22-q33 y la subunidad del receptor GABA(A) y los genes UBE3A en el cromosoma 15q11-q13 (10,11). Aun así, no explican la mayoría de los casos de autismo o TEA, y quedan muchos factores genéticos desconocidos por descubrir (10,11).

Genéticamente, la tasa de recurrencia en hermanos de niños afectados es de alrededor del 2% al 8%, que es mucho más alta que la prevalencia en la población general pero mucho más baja que la prevalencia de una sola enfermedad. Los estudios

de gemelos informan que la concordancia para el autismo clásico en gemelos monocigóticos (MZ) es del 60% en comparación con 0 en gemelos dicigóticos (DZ). La concordancia más alta prueba que la genética es el principal factor causal (14).

La amplia variabilidad fenotípica de los TEA, no sólo se debe a interacción de múltiples genes. La presentación y evolución de los TEA tiene mucho que ver con los apoyos e intervención recibidas a lo largo de la vida.

En el estudio revisado de PubMed sobre STK39 y autismo, se identificó un locus de susceptibilidad para el autismo en la región del cromosoma 2q24-q33 en cohortes independientes de familias, especialmente en subgrupos clínicamente definidos con retraso del habla de frase (14).

Actualmente, el TEA es un trastorno del neurodesarrollo, diferenciado del diagnóstico de Esquizofrenia.

Eugen Bleuler, psiquiatra suizo, empleó el término autismo, en 1919 para describir un alejamiento de la realidad con un predominio patológico de la vida interior. El término autismo fue incluido dentro de la demencia precoz, el término original para la esquizofrenia. En la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association 1952), el autismo se clasificó como una expresión de la esquizofrenia infantil. No fue hasta la tercera edición en 1980, donde el autismo se describió como un trastorno independiente (16).

Algunas diferencias diagnósticas a destacar entre el autismo y la esquizofrenia son, que en el autismo las creencias se basan en un razonamiento lógico que es fácil de seguir, mientras que en la esquizofrenia los delirios no siguen el razonamiento lógico. En cuanto a la paranoia, en el autismo se debe a una confusión en la comprensión de las sutilezas de la interacción social, las intenciones y las reglas sociales, y no a una estrategia de defensa como en la esquizofrenia. Diferenciar una voz interior como aspecto natural del pensamiento y la resolución de problemas (propias del TEA) y las alucinaciones auditivas de la esquizofrenia. Por otro lado, la sensibilidad sensorial asociada al autismo puede interpretarse erróneamente como alucinaciones. Otro tema diferencial es el lenguaje, el autismo se asocia con problemas con los aspectos

18

pragmáticos y semánticos del lenguaje, así como la tipicidad de realizar interpretaciones literales (16).

Algunas de las características de la esquizofrenia son fundamentales para el diagnóstico diferencial, como un inicio más tardío y un período de deterioro progresivo antes de que surjan síntomas psicóticos positivos (16).

Hay casos descritos de personas autistas que desarrollan signos inequívocos de esquizofrenia. Sería necesario investigar, sobre los tratamientos más efectivos para una persona autista que desarrolla esquizofrenia en términos de medicación, terapia psicológica y apoyo y pautas de mejores prácticas (16).

Según la literatura, es posible, que, anteriormente, muchos pacientes hayan recibido un diagnóstico de esquizofrenia atípica o indiferenciada en lugar de autismo.

Históricamente hubo mucha confusión en este campo. Bajo un controvertido debate entre las teorías psicodinámicas, conductistas y biológicas transcurrieron casi cuatro décadas, hasta que el autismo fue incorporado a los manuales diagnósticos (DSM-III- 1980).

Las primeras descripciones corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944) (17).

Quizás la primera referencia conocida corresponde a Johannes Mathesius (1504-1565) que narró la historia de un niño de 12 años gravemente autista. Sin embargo, tuvo mayor divulgación y polémica el caso del niño salvaje, Víctor de Aveyron, estudiado por el Dr. Jean Itard y llevado a las pantallas de cine "*L'enfant sauvage*", 1970. Fue estudiado por la psicóloga Uta Frith (2003) quien ofreció una versión diferente a la convencional. Cuando Víctor fue hallado en estado salvaje en unos bosques franceses, no hablaba, no pedía nada, no establecía contacto con las personas y parecía carente de cualquier forma de sociabilidad. Su edad se estimaba entorno a los 12 años. Causó un debate a finales del siglo XVIII entre dos polos, ¿era Víctor, privado del contacto social, algo como una bestia salvaje desprovista de cualquier sentido moral?; o por el contrario, ¿sería el buen salvaje rousseauiano, no contaminado por la sociedad, del cual emergerían las virtudes humanas en su estado más puro? Algunos médicos desde la perspectiva más pragmática, pensaron que Víctor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento, *imbecilidad*

constitucional, motivo por el que sus padres lo habrían abandonado. Pero esta explicación, era escasamente atractiva para los intelectuales de la época (17).

En ese momento, la escritora Harlan Lane (1976) expuso por primera vez en su libro "El niño salvaje de Aveyron", la posibilidad de que Víctor fuera autista, aunque acabó rechazando esta opción. Sin embargo, Uta Fritz se preguntaba más tarde, en su libro "¿Descartan estas observaciones el diagnóstico de autismo?" Desde la perspectiva actual se contempla el autismo, dentro de un espectro dimensional con alteración de las capacidades sociales y comunicativas, a pesar de que ello no implica una ausencia absoluta de tales facultades (17).

Más adelante, llega Leo Kanner. Nació en un pueblo de Austria, actualmente perteneciente a Ucrania. Trabajó en el primer servicio de psiquiatría infantil en el mundo, el Hospital John Hopkins de Baltimore, Estado Unidos. En 1943 aparece el artículo fundacional del autismo actual: "*Autistic disturbances of affective contact*". La incorporación del término autismo al significado actual se debe a dicho autor. Su primer libro sobre la materia, "*Child Psychiatry*" publicado en 1935 (17).

Kanner planteó como criterios que definían el autismo precoz los siguientes síntomas principales: aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. Resaltaba como característica nuclear la obsesión por mantener una identidad expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no son aceptados los cambios (17).

Mientras Kanner progresaba en sus estudios, se extendía por América y por Europa el conocimiento del trastorno y surgieron interpretaciones contradictorias y discordantes. Se propagó el punto de vista de que el autismo dependía de determinantes emocionales ligados al vínculo materno. No tenía sentido, por tanto, preocuparse por la genética, el metabolismo o el funcionamiento del sistema nervioso (17).

Durante los años 1950 y 1960, los términos esquizofrenia y autismo se utilizaban a menudo como sinónimos en la infancia. Bleuler consideraba

que el autismo era uno de los cuatro síntomas centrales de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Para Kanner el cuadro clínico del autismo, para él, era tan específico que se podía diferenciar, no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier otro trastorno. Dejó claro, que la esquizofrenia infantil, en sus tiempos, era todavía una entidad especulativa, basada en gran parte en sugerencias derivadas del relato de familiares de pacientes esquizofrénicos adultos (17).

La aportación de Kanner fue intuir que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo, que partía de un problema que denominaba: “*componentes constitucionales de la respuesta emocional*” (17).

Más adelante, y sin saber sobre Kanner, aparece Hans Asperger, pediatra vienés, que trabajó en el Hospital infantil de la universidad de Viena. Asperger publicó descripciones muy similares a las de Kanner. Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas, torpeza motora y mala coordinación. Asperger, utilizaba el término “pequeños profesores” para referirse a ellos, destacando su capacidad para hablar sobre sus temas favoritos con mucho detalle (17).

Los trabajos de Asperger habían sido ignorados por la psiquiatría y neurología de la mayoría de los países, por el hecho de ser publicados en alemán. Recordamos el contexto histórico de ese momento, la situación de Viena, durante la II Guerra Mundial (17).

Fue Lorna Wing, 1981, quien tradujo sus trabajos al inglés y dio un giro a esa ignorancia, atribuyéndose el término de Asperger. Sin embargo, otros autores ya habían previamente utilizado dicho término, incluyéndolo dentro del autismo (Gerhard Bosch) (17).

Otro personaje relevante en la historia del autismo, fue Bruno Bettelheim, también nacido en Austria. Doctorado en filosofía e historia del Arte, tuvo a su cargo a Patsy, un niño americano que el mismo describió como autista. Cuando Austria fue englobada con Alemania en 1938, estuvo recluido en varios campos de concentración, recuperando posteriormente la libertad. Su experiencia traumática en estos campos, fue el desencadenante para elaborar su teoría basada en la repercusión en las primeras

edades, de lo que se denominó “madre nevera”. Bettelheim estableció un paralelismo entre los síntomas del autismo y la vivencia en los campos de concentración, un aislamiento y negación del mundo exterior. Sostenía que los primeros días de la vida del bebé son críticos para el desarrollo. Las interpretaciones radicales referían que la madre rechazaba la existencia de su hijo. Otros autores como Erikson, atribuían los orígenes del autismo a la relación madre/hijo. Bettelheim fue más allá del psicoanálisis en la comprensión del autismo incorporando otras teorías como epistemología genética, desarrollada posteriormente por Jean Piaget (17).

En la etiología del autismo, hoy en día, aunque en parte es desconocida, se sabe que existe una importante influencia genética, de gran diversidad. Existiendo además un gran desconocimiento sobre los factores no genéticos implicados. Por ejemplo, una edad paterna y materna más elevada, fármacos, factores hormonales, inmunológicos...se han relacionado con cambios epigenéticos que podrían afectar a la expresión genética (18).

A día de hoy sabemos, que el autismo es altamente heterogéneo y se relaciona fenotípicamente, en parte, con una gran heterogeneidad etiológica que comienza a descifrarse, pero permanece en gran parte desconocida (18).

A parte de la multitud de genes, destacamos con este caso clínico la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre el autismo y la psicosis en la infancia-adolescencia. El autismo se conceptualizó originalmente como una expresión de la esquizofrenia y posteriormente se reconoció como una condición distinta y separada. Sin embargo, hay aspectos del autismo que podrían confundirse con la esquizofrenia. Por eso, es importante una formación adecuada y experiencia en el diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES

En la etiología del autismo, se sabe que existe una importante influencia genética de gran diversidad, existiendo además un gran desconocimiento sobre los factores no genéticos implicados. A pesar de que el gen STK39 no está descrito como uno de los genes más frecuentemente responsable de la expresión de

20

TEA, un estudio en la literatura apoya que el STK39 sería un nuevo gen candidato para el TEA.

El TEA es un trastorno del neurodesarrollo, diferenciado del diagnóstico de Esquizofrenia. Destacamos con este caso clínico la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre el autismo y la psicosis en la infancia-adolescencia. Hay aspectos del autismo que podrían confundirse con la esquizofrenia. Por eso, es importante una formación adecuada y experiencia en el diagnóstico diferencial.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación recibió el apoyo de la AEPNYA.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Conflictos de interés

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

Cumplimientos éticos

Se ha contado con el consentimiento verbal y escrito de la madre de la paciente.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha tenido fuente de financiación.

NOTA

Este trabajo ha sido previamente publicado en el 66º congreso de Aepnya en Valencia, del 1 al 3 de Junio de 2023. Fue enviado como resumen-póster con el siguiente título: "Autismo y STK39". El artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación

REFERENCIAS

- Zhang C, Wang X, Fang D, Xu P, Mo X, Hu C, Abdelatty A, Wang M, Xu H, Sun Q, Zhou G, She J, Xia J, Hui KM, Xia H. STK39 es una nueva quinasa que contribuye a la progresión del carcinoma hepatocelular por la vía de señalización PLK1/ERK. *Teranósticos*. 2021 Jan;11(5): 2108-22. <https://doi.org/10.7150/thno.48112>.
- Wang J, Fan Z, Li J, Yang J, Liu X, Cheng J. Transcription factor specificity protein 1-mediated Serine/threonine kinase 39 upregulation promotes the proliferation, migration, invasion and epithelial-mesenchymal transition of hepatocellular carcinoma cells by activating the transforming growth factor- β 1 /Smad2/3 pathway. *Bioengineered*. 2021 Dec;12(1): 3566-77. <https://doi.org/10.1080/21655979.2021.1947939>
- Zhao Q, Zhu Y, Liu L, Wang H, Jiang S, Hu X, Guo J. El bloqueo de STK39 por interferencia de ARN inhibe la proliferación e induce la apoptosis del carcinoma de células renales. *Onco apunta a Ther*. 16 de marzo de 2018;11:1511-1519. doi: 10.2147/OTT.S153806. PMID: 29588603; PMCID: PMC5860137.
- Wu C-Y, Wu J-D, Chen C-C. The Association of Ovarian Teratoma and Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: An Updated Integrative Review. *International Journal of Molecular Sciences*. 2021;22(20): 10911. <https://doi.org/10.3390/ijms222010911>
- OMS. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. *Meditor*. J.J.Lopez Ibor. 1992. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Trastorno del espectro autista. *Lancet*. 2018;392(10146): 508-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2)
- Vorstman JAS, Parr JR, Moreno-De-Luca D, Anney RJL, Nurnberger JI Jr, Hallmayer JF. Genética del autismo: oportunidades y retos para la traslación clínica. *Nat Rev Genet*. junio de 2017; 18(6):362-376. <https://doi.org/10.1038/nrg.2017.4>
- Galbe Sánchez-Ventura J, Pallás Alonso CR, Rando Diego Á, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. *Pediatr Aten Primaria [Internet]*. 2018 [citado el 3 de diciembre de 2023]; 20(79): 277-85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000300016

8. Leblond CS, Le TL, Malesys S, Cliquet F, Tabet AC, Delorme R, Rolland T, Bourgeron T. Lista operativa de genes asociados con el autismo y los trastornos del neurodesarrollo basada en la revisión de la base de datos. *Neurosci de células molares*. Junio de 2021;113:103623. <https://doi.org/10.1016/j.mcn.2021.103623>.
9. Bejerot S, Eriksson JM. Sexualidad y rol de género en el trastorno del espectro autista: un estudio de casos y controles. *PLoS Uno*. 31 de enero de 2014; 9(1):e87961. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087961>
10. Braden BB, Pagni BA, Monahan L, Walsh MJM, Dixon MV, Delaney S, Ballard L, Ware JE Jr. Calidad de vida en adultos con trastorno del espectro autista: influencia de la edad, el sexo y una intervención piloto controlada, aleatorizada y basada en la atención plena para la reducción del estrés. *Res. de Vida Cualificada* 2022 Mayo; 31(5):1427-1440. <https://doi.org/10.1007/S11136-021-03013-X>
11. Lai MC, Lombardo MV, Auyeung B, Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Diferencias de sexo/género y autismo: preparando el escenario para futuras investigaciones. *J Am Acad Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Enero de 2015; 54(1):11-24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
12. Waye MMY, Cheng HY. Genética y epigenética del autismo: una revisión. *Psiquiatría Clin Neurosci*. Abril de 2018; 72(4):228-244. <https://doi.org/10.1111/pcn.12606>.
13. Mühle R, Trentacoste SV, Rapin I. La genética del autismo. *Pediatría*. mayo de 2004; 113(5):E472-86. <https://doi.org/10.1542/peds.113.5.e472>. PMID: 15121991.
14. Ramoz N, Cai G, Reichert JG, Silverman JM, Buxbaum JD. Un análisis de loci candidatos a autismo en el cromosoma 2q24-q33: evidencia de asociación con el gen STK39. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 5 de octubre de 2008; 147B(7):1152-8. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30739>. PMID: 18348195.
15. Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Factores de riesgo ambientales para el autismo: una revisión basada en la evidencia de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Mol Autismo*. 17 de marzo de 2017;8:13. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4>. PMID: 28331572; PMCID: PMC5356236.
16. ¿Se puede confundir el autismo con la esquizofrenia? Tony Attwood y la Dra. Michelle Garnett [sitio web]. Disponible en: <https://attwoodandgarnettevents.com/can-autism-be-confused-with-schizophrenia/>
17. Artigas-Pallarès J, Paula I. El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2012; 32 (115), 567-587. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>.
18. Hervás A. Un autismo, varios autismos. Variabilidad fenotípica en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 2016;62 (supl 1): S9-S14.

Sergi Salmeron ¹ * 
Juan Ignacio Mena ¹ 
Eduard Cesari ¹ 
Iñaki Ochandiano ¹ 
Maria Llobet ² 
Astrid Morer ^{2, 3, 4, 5} 
Inmaculada Baeza ^{2, 3, 4, 5} 

1 Servicio de Psiquiatría y Psicología, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.
2 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, SGR201-01319, Hospital Clínic de Barcelona, España.
3 Instituto de Neurociencias, departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, España.
4 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FCRB-IDIBAPS), Barcelona, España.
5 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Sergi Salmeron
Correo: ssalmeron@clinic.cat

Uso de Antipsicóticos Inyectables en Pacientes Prepúberes: Experiencia con un Caso Atípico de alteración conductual con microdelección 18p11.32-18p11.31

Use of Injectable Antipsychotics in Prepuberal Patients: Experience with an Atypical Case of Behavioral Disruption with Microdeletion 18p11.32-18p11.31

RESUMEN

El empleo de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada en la población infantojuvenil ha emergido como un enfoque terapéutico de creciente importancia en el tratamiento de trastornos psicóticos y del comportamiento en niños y adolescentes en los últimos años. No obstante, debido a las particularidades de esta población, que restringen la realización de estudios a gran escala, la información disponible sigue siendo limitada. A pesar de ello, estudios de casos han proporcionado valiosas descripciones de su uso en una variedad de trastornos psiquiátricos. En este contexto, presentamos el caso de un varón prepúber de 12 años con graves alteraciones conductuales, que a la par exhibía una rara microdelección en el cromosoma 18p11.32-18p11.31. En el artículo, detallamos su evolución clínica y su tratamiento con aripiprazol de liberación prolongada, que se inició a los 10 años de edad, lo que arroja luz sobre la aplicabilidad de esta formulación en situaciones clínicas complejas.

Palabras clave: antipsicóticos de liberación retardada, aripiprazol, niños, prepúberes, trastorno de conducta, microdelección.

ABSTRACT

The use of long-acting injectable antipsychotics in the pediatric and adolescent population has emerged as a therapeutic approach of increasing importance in the treatment of psychotic and behavioral disorders in children and adolescents in recent years. However, due to the unique characteristics of this population, which limit the performance of large-scale studies, the available information remains limited. Nevertheless, case studies have provided valuable descriptions of their use in a variety of psychiatric disorders. In this context, we present the case of a 12-year-old male with severe behavioral disturbances who simultaneously exhibited a rare microdeletion on chromosome 18p11.32-18p11.31. In the article, we detail his clinical evolution and treatment with long-acting aripiprazole, shedding light on the applicability of this formulation in complex clinical situations.

Keywords: long-acting injection antipsychotic; children; prepuberal, conduct disorder, microdeletion.

INTRODUCCIÓN

El uso de antipsicóticos inyectables de larga duración (LAIAs por sus siglas en inglés) se ha convertido en una herramienta fundamental en la actualidad para mejorar la adherencia al tratamiento con psicofármacos. Esta práctica ha demostrado ofrecer una mejor calidad de vida, resultados funcionales mejorados y reducción del riesgo de recaídas y hospitalizaciones en comparación con la administración oral de antipsicóticos en adultos con esquizofrenia y en aquellos que presentan síntomas psicóticos tempranos. Sin embargo, la evidencia sobre la eficacia y seguridad de los LAIAs en adolescentes, que suelen tener una menor adherencia al tratamiento, es limitada (1,2).

En los últimos años, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry y la guía del CIBERSAM en España han recomendado el uso de LAIAs en niños y adolescentes con esquizofrenia cuando existe un historial personal de mala adherencia al tratamiento y síntomas psicóticos crónicos. A pesar de estas recomendaciones, los LAIAs no cuentan con la aprobación de las agencias reguladoras como la Food and Drug Administration en los Estados Unidos o la Agencia Europea de Medicamentos en la Unión Europea para su uso en menores, a pesar de que el inicio del trastorno por esquizofrenia puede producirse en la infancia o adolescencia (1,3).

Por otro lado, las recomendaciones de dosificación etiquetadas para el uso de LAIAs se basan en poblaciones adultas; por lo tanto, no se conoce la dosificación adecuada para la población pediátrica ni se tienen de datos de seguridad a largo plazo con respecto efectos adversos. Además, no existen datos farmacocinéticos publicados para antipsicóticos LAI en la población pediátrica, lo que lleva a algunas incógnitas como si las diferencias en la masa muscular podrían alterar la liberación o distribución de los antipsicóticos LAI actualmente disponibles (4).

Respecto a la evidencia científica, actualmente sólo se dispone de estudios limitados, como retrospectivos, series de casos o informes específicos, y se enfoca principalmente en adolescentes de 12 a 18 años con diagnósticos de trastornos del espectro esquizofrénico y bipolar. Los resultados muestran que el uso de LAIAs puede mejorar los

resultados funcionales y reducir las hospitalizaciones en comparación con los antipsicóticos orales en adolescentes. Sin embargo, la escasez de evidencia es aún más notoria en otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de conducta o del espectro autista, donde el diagnóstico se realiza a una edad más temprana, generalmente antes de la pubertad, y la información sobre el uso de LAIAs es prácticamente inexistente (1).

Con relación al tipo de LAIAs utilizado, una revisión sistemática que evaluó el uso de esta formulación en la población infantojuvenil (1) documentó la siguiente distribución en el tipo de antipsicótico utilizado en los 119 pacientes participantes en los estudios incluidos: risperidona (n=53), paliperidona (n=33), antipsicóticos 1º generación (n=21), aripiprazol (n=10) y olanzapina (n=2).

Teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa en la que múltiples cambios ocurren simultáneamente, haciendo énfasis en los importantes cambios hormonales, es importante considerar cómo pueden afectar los efectos secundarios de estos fármacos al perfil metabólico. El aripiprazol es considerado uno de los antipsicóticos de nueva generación que menos interfieren en este aspecto, lo que lo convierte en uno de los antipsicóticos con perfil de efectos adversos más adecuado en los pacientes adolescentes y pre-púberes (5). Respecto al uso de aripiprazol de liberación prolongada, una reciente serie de casos informa una cohorte de 12 pacientes adolescentes con una media de 16 ± 1 años, en que se administra aripiprazol de liberación prolongada durante 2 años de seguimiento al alta, en que se describe buena tolerancia, con una única discontinuación por efectos adversos (6).

A continuación, presentamos el caso de un paciente de 12 años con diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo al que se le inicia tratamiento antipsicótico con inyectable de larga duración a los 10 años por alteraciones conductuales de gravedad. Se trata del paciente más joven descrito en la literatura con la administración LAI de aripiprazol, según nuestro conocimiento. En este artículo, pretendemos describir las circunstancias que han considerado al caso tributario al uso del inyectable de larga duración, así como los resultados y las dificultades que hemos descrito en este atípico caso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 12 años de edad que ingresa por segunda vez en la sala de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil de un hospital general de tercer nivel por alteraciones de conducta.

Antecedentes personales

En los hitos del neurodesarrollo destaca un embarazo y parto sin complicaciones, con un peso al nacer de 2,9 kg y un desarrollo temprano aparentemente normal, excepto ciertas dificultades del lenguaje (dislalias, vocabulario escaso) y enuresis nocturna primaria durante la primer infancia. No se refieren alteraciones en el sueño. Hasta los 9 años de edad, el paciente presencié violencia física y psicológica intrafamiliar. No asistió a guardería y comenzó la escuela a los 4 años debido a problemas familiares. Escolarizado en varios centros ordinarios hasta los 9 años, cuando requiere escolarización en un centro de educación especial debido a dificultades académicas y comportamentales, sin realización de valoración de cociente intelectual previo. La madre describe que el paciente presenta un temperamento hiperactivo y dificultades para tolerar límites desde la primera infancia.

Como antecedentes familiares destaca un familiar de primer grado por línea materna que requirió ingreso en hospital de día en su infancia por situación de acoso escolar (se desconoce diagnóstico) y consumo de cannabis en edad adulta (actualmente abstinente); un familiar de tercer grado por línea materna con discapacidad intelectual y un familiar de cuarto grado línea materna con diagnóstico de esquizofrenia. El paciente tiene un hermano mayor por parte de madre y un hermano menor de ambos progenitores sin psicopatología evidente.

Entre sus antecedentes médicos no psiquiátricos, destaca una alergia conocida a la amoxicilina y una obesidad con un Índice de Masa Corporal (IMC) 31 kg/m² en tratamiento dietético.

Historia de salud mental

A nivel de salud mental, el paciente se vincula en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

(CSMIJ) de zona por primera vez a los 8 años debido a alteraciones conductuales en la escuela y domicilio, con empeoramiento tras la separación de los padres por violencia cuando él contaba 9 años. Desde entonces convivía con la madre y el hermano menor, destacando dificultad para acatar normas y mantener la concentración, así como presencia de juego agresivo. Se orienta como posible Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y se inicia tratamiento con metilfenidato de liberación inmediata 10 mg/día, pero posteriormente abandona el tratamiento y se desvincula del seguimiento a los pocos meses.

En mayo de 2021, a los 9 años de edad, el paciente se revincula al CSMIJ debido a la persistencia de las alteraciones conductuales, incluyendo heteroagresividad. Se inicia metilfenidato de liberación prolongada 27 mg/día y se añade risperidona 0,75 mg/día.

La evolución en el CSMIJ es tórpida, abandonado el tratamiento y el seguimiento al poco tiempo, por lo que se decide paso a régimen de Hospital de Día Infantil cuando tenía 10 años. Allí, después de dos meses de iniciarlo y dadas las dificultades de vinculación y las alteraciones de conducta graves (heteroagresividad hacia objetos y personas tanto adultas como iguales, conductas transgresoras de límites, elevada impulsividad, risas inmotivadas, mirada al vacío e imposibilidad de contención en domicilio), se ingresa en la sala de hospitalización del mismo servicio, para contención de las alteraciones conductuales, estudio de patología orgánica y reintroducción de medicación.

Durante el ingreso en la sala de hospitalización, se implementa un sistema de puntos (economía de fichas) y, psicofarmacológicamente, se retira el metilfenidato y la risperidona y se inicia aripiprazol 10 mg/día, con buena respuesta y tolerabilidad, desapareciendo las conductas heteroagresivas y antinormativas. El estudio por parte de neuropediatría halló en el análisis genético con *microarray* una delección en el cromosoma 18, concretamente 18p11.32-18p11.31. Es diagnosticado de Trastorno del desarrollo neurológico especificado (por una delección) (315.8) y Trastorno de conducta (312.81), según el manual DSM-5.

Considerando el abandono previo de la medicación, la dificultad de la madre para poner

límites en domicilio y la resistencia del paciente a la toma de fármacos, se valora el alto riesgo de abandono de la medicación por vía oral. Por ello, y ante la gravedad de la clínica conductual y la buena respuesta a tratamiento con aripiprazol oral, se decide pasar a tratamiento inyectable de larga duración con aripiprazol. En aquel momento el paciente pesaba 70 Kg, con un IMC de 31 Kg/m². Se administra una primera dosis de 200 mg junto con suplementación oral durante 2 semanas, persistiendo la respuesta clínica, pero apareciendo somnolencia diurna que la madre y el paciente explican limita la funcionalidad del paciente. No se describen otros efectos secundarios motores (acatisia, inquietud) o anticolinérgicos (mareo, visión borrosa, estreñimiento, náuseas, sialorrea), por lo que se mantiene el tratamiento de aripiprazol inyectable de larga duración 200 mg/28 días.

Tras el alta de la sala de hospitalización, se vincula de nuevo al Hospital Día del mismo servicio. Se realiza un estudio cognitivo con el test WISC-IV, con resultados que muestran un rendimiento medio-bajo, aunque no se pueden completar las tareas dado que rechaza continuar cuando se incrementa la dificultad. La evolución en el Hospital de Día es positiva, manteniendo el sistema de puntos y el tratamiento intramuscular, presentando mayor autocontrol, más reconducible y menos desafiante, detectándose una necesidad de estructura y sensibilidad a los cambios. Ante la limitación de la funcionalidad del paciente debido a la somnolencia descrita, en la segunda administración se decide el descenso de la dosis de aripiprazol inyectable de larga duración a 150 mg/28 días, que se mantiene durante su ingreso en Hospital de Día. Dada la estabilización y clínica, con ausencia de efectos secundarios del tratamiento, se procede al alta del recurso para continuación en su CSMIJ de zona a los 4 meses de seguimiento en Hospital de día.

En el CSMIJ de referencia mantiene buena evolución durante las primeras semanas de la vinculación, pero se describe persistencia de clínica de somnolencia atribuida al aripiprazol inyectable, por lo que, a petición de la madre, se decide su retirada para volver a iniciar el tratamiento con aripiprazol vía oral hasta 15 mg/día después de 9 meses de inyectable.

Situación clínica actual

En el contexto de volver a la toma de la medicación oral, ésta vuelve a ser irregular y reaparecen progresivamente las conductas heteroagresivas y antinormativas, que interfieren con la toma de la medicación y la vinculación regular con psiquiatría, hasta el abandono total del tratamiento y seguimiento a los dos meses de iniciar la toma oral. Desde entonces, el paciente presentaba episodios de agitación conductual con heteroagresividad progresivamente más frecuentes y de mayor gravedad hasta requerir un segundo ingreso en la sala de hospitalización del mismo hospital. Allí, de acuerdo con la madre, se decide reintroducir el aripiprazol por vía oral 10 mg/día, con un IMC de 31,75 kg/m² hasta la desaparición de la clínica descrita y sin presentar efectos secundarios. En esta ocasión, a pesar del consejo médico de reiniciar tratamiento inyectable de larga duración, la madre del paciente rechaza reanudar el tratamiento con aripiprazol inyectable de liberación retardada debido a la clínica de somnolencia que se describió en la anterior ocasión.

DISCUSIÓN

Se ha presentado el uso de aripiprazol inyectable de larga duración en un paciente prepúber diagnosticado de Trastorno del desarrollo neurológico especificado (por una delección) (315.8) y Trastorno de conducta (312.81).

El diagnóstico de este paciente presenta la peculiaridad de la descripción de una microdelección en el microarray. A pesar de considerarse tributario a estudio genético, solamente la delección 18p11.32-18p11.31 es descrita en los resultados. Esta delección es una alteración raramente descrita en la literatura (7). Engloba la región terminal del brazo corto del cromosoma 18, abarcando 19 genes, donde destaca el gen TGIF1 (TG Interacting Factor 1) que se expresa en el sistema nervioso central. Los pocos casos encontrados en la literatura que describen la presencia de esta delección incluyen casos de clínica heterogénea, desde algunos marcados por la holoprosencefalia y la epilepsia a su descripción en

26

sujetos sanos (7). Con los escasos datos de los que disponemos, solo se ha podido describir que se trata de una mutación con penetrancia y expresividad variables, por lo que difícilmente se podría justificar la clínica del paciente como directa de esta mutación.

Por otro lado, aunque el uso de antipsicóticos orales está ampliamente instaurado en la población infanto-juvenil, la experiencia en el uso de LAI en esta población se basa principalmente en comunicaciones de casos. En las publicaciones disponibles, se observa que los LAI se ha utilizado en una variedad de trastornos, incluyendo los trastornos del espectro de la esquizofrenia, así como en el trastorno bipolar, con sin síntomas psicóticos, el autismo, la anorexia nerviosa y las alteraciones conductuales (3).

La falta de cumplimiento en la toma de medicamentos suele ser un desafío y un factor común que contribuye a recaídas y recurrencias en los diferentes trastornos psiquiátricos. Artículos previos encontraron que los niños tienen un riesgo aún mayor de falta de cumplimiento que los adultos, siendo los adolescentes un grupo particularmente vulnerable (8).

También es importante considerar en esta población el papel y las actitudes de los familiares y cuidadores con respecto a esta formulación de medicación. Aunque la información es limitada, consideran como aspecto positivo la facilidad de uso y cumplimiento, y como aspecto negativo, el dolor y el miedo a las agujas (2). En este caso, la madre y el paciente reportan somnolencia, que es un efecto secundario que no se ha encontrado descrito en el uso de aripiprazol inyectable, en el que es frecuente >5% el insomnio (9).

CONCLUSIONES

La información disponible sobre el uso de LAI en población infantojuvenil es limitada. Especialmente, es necesario que futuros estudios evalúen en profundidad la farmacocinética, farmacodinámica, además de la seguridad de esta medicación y si es más efectivo dicho tratamiento de larga duración respecto al tratamiento oral en este grupo de población en desarrollo y por tanto en situación de vulnerabilidad. En especial los pacientes con diagnóstico de trastorno del neurodesarrollo, ya

sea de origen genético o adquirido, en que el uso de medicación antipsicótica por vía oral es extendido por las alteraciones conductuales que habitualmente asocian, y que pueden cursar con dificultades en la adherencia terapéutica que las formulaciones de larga duración pretenden paliar. Esto implica un enfoque que no se base únicamente en la extrapolación de datos de adultos a niños.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores han contribuido por igual en la redacción de este manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

El estudio presentado cumple con la normativa ética del centro, incluyendo la firma del consentimiento informado por parte de la progenitora.

FINANCIACIÓN

Inmaculada Baeza ha recibido ayuda para financiar la asistencia a congresos en los últimos 3 años de Otsuka-Lundbeck.

REFERENCIAS

1. Baeza I, Fortea A, Ilzarbe D, Sugranyes G. What Role for Long-Acting Injectable Antipsychotics in Managing Schizophrenia Spectrum Disorders in Children and Adolescents? A Systematic Review. *Paediatr Drugs*. 2023 Mar;25(2): 135-49. <https://doi.org/10.1007/s40272-023-00558-x>.
2. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, González-Pinto A. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Aug;36(4):355-71. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000523>
3. Arango C, Baeza I, Bernardo M, Cañas F, de Dios C, Díaz-Marsá M, García-Portilla MP, Gutiérrez-Rojas L, Olivares JM, Rico-Villademoros F, Rodríguez-Jiménez R, Sánchez-

- Morla EM, Segarra R, Crespo-Facorro B. Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2019 Apr-Jun;12(2):92-105. English, Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.006>. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29954707.
4. Modesitt T, Kubascik E, Ott C. Extent of use of long-acting injectable antipsychotics in children and adolescents within Indiana Medicaid. *Ment Health Clin*. 2018 Aug 30;8(5):202-7. <https://doi.org/10.9740/mhc.2018.09.202>. PMID: 30206502; PMCID: PMC6125120.
 5. Cortes Morales, Benjamín. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2011;31(2): 303-20. <https://doi.org/10.4321/S0211-5735201100020009>.
 6. Moon, E., Kim, E. and Williams, A. (2023) 'Initiation of aripiprazole lauroxil long-acting injectable in adolescents during hospitalization: A case series', *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* [Preprint]. <https://doi.org/10.1089/cap.2023.0049>.
 7. Alberto Verrotti, Chiara Palka, Giovanni Prezioso, Melissa Alfonsi, Giuseppe Calabrese, Giandomenico Palka, Francesco Chiarelli; Deletion 18p11.32p11.31 in a Child with Global Developmental Delay and Atypical, Drug-Resistant Absence Seizures. *Cytogenet Genome Res* 1 September 2015;146(2): 115-9. <https://doi.org/10.1159/000438502>
 8. Lytle S, McVoy M, Sajatovic M. Long-Acting Injectable Antipsychotics in Children and Adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017 Feb;27(1): 2-9. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0055>
 9. Potkin SG, Preda A. Aripiprazole once-monthly long-acting injectable for the treatment of schizophrenia. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2016;17(3): 395-407. <https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1114100>.

Josep Toro¹

¹ Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Una voz en el viento *

Y entonces llegó la pandemia. Y entonces llegó la ansiedad, el dolor, la muerte y las muertes, el desconcierto, pero también la empatía solidaria, el altruismo sanitario y la sensación de estar insertos en una comunidad que había estrechado sus lazos.

Esta situación, estas circunstancias han sido las que llevaron a María J. Mardomingo a reflexionar sobre ellas, sobre los misterios de la vida y la realidad de la muerte y sobre mil cosas más relacionadas con sus sentimientos, sus experiencias, sus paisajes y su concepción del mundo. Desde un pueblo granadino vecino de Sierra Nevada y desde su tierra segoviana, María J. Mardomingo decidió poner por escrito las reflexiones y emociones suscitadas por las circunstancias en cuestión y por lo recogido a lo largo de su vida, incluyendo su vida profesional. Y así se gestó *La voz en el tiempo*.

La voz en el tiempo es una colección de apuntes, algunos muy breves, en los que la autora desarrolla lo que hasta aquí he apuntado. Junto al paso del tiempo y la presencia del paisaje, la autora medita y escribe sobre relaciones humanas, sociología política, avances de la ciencia, arte y literatura y, por supuesto, dada su

dedicación profesional, también sobre salud mental, psiquiatría infantil, y relación médico-paciente. Comentario aparte merecen sus descripciones y vivencias viajeras. Los párrafos dedicados a Italia, Brasil y Japón, exponen unas descripciones de modo totalmente ajeno a una guía de viajes al uso. Son apuntes emotivos, críticos, sensiblemente descriptivos, ilustrativos pese a su brevedad.

Toda la obra pone de manifiesto la gran cantidad de información que ha aprovechado la autora y su extensa formación cultural. Sin duda alguna. Sin duda alguna está constituida por una muy buena prosa poética. Se trata de un escrito que bien puede incardinarse en la histórica tradición de médicos humanistas.

No dudo en recomendar la lectura de este libro. Su lectura es sumamente fácil dentro de su variedad. El lector puede abrir el libro por cualquier página y, a poca sensibilidad que tenga, es muy probable que quede prendido de lo que allí leerá.

* *La voz en el viento. El arte de vivir*, María Mardomingo. Cordel d'Plata. 2023.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA), y tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, de la investigación, de la docencia y de 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 sus distintos y diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterápico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

Todos los manuscritos serán revisados preliminarmente a través del sistema Similarity Check

de Crossref. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* no tiene cargos de procesamiento de artículos (APC). Esta revista es patrocinada íntegramente, desde su creación por la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA).

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. Todos los manuscritos recibidos son revisados previamente a través del sistema Similarity Check de Crossref.

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* se adhiere a los Requisitos Uniformes para Manuscritos presentados a Revistas Biomédicas (5ª edición, <http://www.icmje.org>): Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, las Normas de Vancouver, 1997 y los lineamientos de COPE en ética de la publicación.

Los originales para publicación deberán enviarse a través de la página web de la Revista, <http://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/about/submissions>, en la sección “Información para autoras/es”. La Secretaría acusará recibo de los originales entregados e informará en su momento acerca de su aceptación y de la fecha de posible publicación.

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, deberá 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 (a ser posible 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 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 todos los autores (La información básica de los autores debe ser accesible en la página de ORCID.org)
- 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.
- h) Las contribuciones de cada autor al manuscrito.

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, se presentará en hoja aparte y tendrá una extensión máxima de unas 250 palabras. Presentará una estructuración similar a la del manuscrito (vg., 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 del Index Medicus](#)), se tal manera que el trabajo pueda codificarse a través de ellas.

En general, es deseable el mínimo de abreviaturas en el texto, aceptándose 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.

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: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. 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 en parte o totalmente sin permiso 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, debiendo en tal caso indicarse su nombre, ciudad y fecha, y remitirse junto con el manuscrito el trabajo presentado para certificar 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 numeración de dicha financiación.

Así mismo, los autores deben especificar, en sus manuscritos, el aval recibido por el Comité de Ética institucional (si aplica), siguiendo este modelo:

“Este artículo expone los resultados de la investigación <nombre de la investigación> avalada por el Comité de Ética de <institución>, en <fecha>, con código de aprobación <#>. Los autores se comprometen a cumplir con los lineamientos y requisitos internacionales, nacionales e institucionales para los estudios practicados en humanos.”

Los autores deben confirmar que se ha solicitado y obtenido la aprobación de la investigación por un comité de ética, según sea el caso, y conseguir el permiso correspondiente para reproducir cualquier contenido de otras fuentes.

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, 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 pruebas 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 galeras 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, y estructurándose este bajo la siguiente estructura:

32

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el archivo del manuscrito:
 1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo.
 3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos.
 4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos.
 5. Discusión.
 6. Conclusiones.
 7. Conflictos de interés de los autores en relación el artículo o una afirmación de no existe conflictos de interés.
 8. Agradecimientos, si los hubiere.
 9. 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 (<https://bit.ly/3FtrBnP>), también desarrolladas en los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>). 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 estructura:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el documento del manuscrito:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo.
 3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión.
 4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica.
 5. Resultado (la revisión propiamente dicha).
 6. Discusión.
 7. Conclusiones.
 8. Conflictos de interés de los autores en relación el artículo o una afirmación de no existe conflictos de interés
 9. Agradecimientos, si los hubiere
 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 de la enfermedad, 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, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. 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:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, para enmarcar de forma teórica el caso/casos que se describirá/n
 3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario.
 4. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente.
 5. Conclusiones.
 6. Agradecimientos.
 7. Conflictos de interés y cumplimientos éticos.

8. Referencias.
3. Consentimiento informado, siguiendo el modelo adjunto: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/libraryFiles/downloadPublic/2>. La revista, así como el autor, dispondrán de este consentimiento si eventualmente es requerido.
4. Aval recibido por el Comité de Ética institucional (si aplica).

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 previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas 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. SECCIONES ESPECIALES

Bajo este epígrafe se publicarán trabajos de interés particular para la Revista y que, por sus características, no encajen en los modelos antedichos. En general, serán secciones de carácter fijo y periódico, realizadas por encargo del Comité Editorial o a propuesta de autores socios de la AEPNYA, siempre con el compromiso del autor de mantener su periodicidad o con un diseño previo por parte de este que indique la cantidad total de números de la Revista que contendrán la sección.

7. 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.

8. 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.

9. PERSPECTIVA CLÍNICA

En esta sección se quiere dar énfasis a la visión de profesionales clínicos sobre un tema práctico dentro de la Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Podría tratarse, por ejemplo, sobre problemas, controversias, comentarios a artículos previos o cualquier tema en relación a la práctica de la especialidad, incluyendo la opinión de los autores. Los manuscritos enviados a esta sección deberían ser breves, de hasta 1.000 palabras y un máximo de 10 referencias.

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 png o tiff). 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.

Los números decimales en el texto, tablas y figuras deben señalarse con comas y no con puntos.

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas se presentarán todas 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 la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, 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>):

1.- Artículo estándar: 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. (DOI) <https://doi.org/10...>

(Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010; 29: 29-54. <https://doi.org/10.1002/mas.20219>).

*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. Incluir el enlace DOI siempre que sea posible al final de la referencia de la siguiente manera: <https://doi.org/10...>

**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 número 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).

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].

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.

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, remitiéndose a los revisores 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, pudiendo 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 término, 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.

ARTÍCULO ORIGINAL

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, y estructurándose este bajo la siguiente estructura:

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el archivo del manuscrito:
 1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo.
 3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos.
 4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos.
 5. Discusión.
 6. Conclusiones.
 7. Agradecimientos.
 8. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 9. Referencias
5. Resultado (la revisión propiamente dicha).
6. Discusión.
7. Conclusiones.
8. Agradecimientos.
9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos.
10. Referencias.

En el caso de tratarse de **ensayos clínicos**, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

ARTÍCULO 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 estructura:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el documento del manuscrito:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo.
 3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión.
 4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, 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, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. 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:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario.
 3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente.
 4. Conclusiones.
 5. Agradecimientos.
 6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos.
 7. Referencias.
3. Consentimiento informado.

PERSPECTIVA CLÍNICA

En esta sección se quiere dar énfasis a la visión de profesionales clínicos sobre un tema práctico dentro de la Psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Podría tratarse, por ejemplo, sobre problemas, controversias, comentarios a artículos previos o cualquier tema en relación a la práctica de la especialidad, incluyendo la opinión de los autores. Los manuscritos enviados a esta sección deberían ser breves, de hasta 1.000 palabras y un máximo de 10 referencias.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

El portal del que es titular la AEPNYA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNYA. Al acceder

a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

los criterios de calidad definidos. Son consideradas malas conductas y causales de rechazo del manuscrito en cualquier etapa del proceso de publicación:

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

que debe reflejar los mismos datos y la interpretación del documento principal.

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

Los editores les solicitan a todos los articulistas revelar los conflictos de intereses relevantes y publicar correcciones si los intereses surgieron después de la publicación. Si es necesario, se adoptarán otras

medidas adecuadas, tales como la publicación de una retracción o manifestación del hecho.

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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