



Infanto-Juvenil

Volumen 42 • Número 3 • 2025

EDITORIAL

Infancia y pantallas: proteger la salud mental en la era digital <i>Abigail Huertas Patón</i>	1
---	----------

ARTÍCULO ORIGINAL

Descripción de una muestra clínica de pacientes con Funcionamiento Intelectual Límite en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: prueba piloto promovida por la Generalitat de Catalunya <i>David Losada Brunet, Noelia Díaz González, Adrià Valero Iranzo y Joana Sánchez Martínez</i>	5
--	----------

CASO CLÍNICO

¿Puede una bacteria requerir psicoterapia? <i>Delia Argüelles Balas y Alberto Rodríguez-Quiroga</i>	17
Las alucinosis entre la neurosis y la psicosis, a propósito de un caso <i>María Cristina Herrero Rodríguez, Carlos Imaz Roncero, Mónica Avellón Calvo y Laura Molina Areses</i>	24

PERSPECTIVA CLÍNICA

Autismo y Neurodivergencia. What is in a name? <i>Mara Parellada Redondo</i>	40
--	-----------

NORMAS DE PUBLICACIÓN	47
------------------------------------	-----------

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2025,42(3)

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.

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.

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 Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Víctor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

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
Paseo Arco de Ladrillo 12, Local 2, 47007
Valladolid, España.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Abigail Huertas Patón¹ * 

1. Servicio de Psiquiatría Infantil, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. Miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Abigail Huertas Patón

Correo: hola@abigailhuertas.com

Infancia y pantallas: proteger la salud mental en la era digital

En pocos años, las pantallas interactivas se han convertido en el escenario principal donde niños y adolescentes aprenden, se comunican y construyen su identidad. La digitalización ofrece oportunidades extraordinarias, pero también riesgos inéditos para la salud mental y el desarrollo. Hoy sabemos que no se trata únicamente de cuántas horas pasan conectados, sino de qué consumen, en qué contexto y con qué acompañamiento.

La evidencia científica acumulada es clara. El uso problemático de internet —entendido como aquel patrón de conexión que interfiere en la vida académica, familiar, social o en la salud física y mental— se asocia a un aumento de síntomas de ansiedad y depresión, a conductas autolesivas, a trastornos de la conducta alimentaria y a dificultades en la regulación emocional.

En adolescentes con vulnerabilidades previas, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el trastorno del espectro del autismo (TEA), la sobreexposición digital intensifica los síntomas, dificulta la autorregulación y complica su vida académica, familiar y social. En España, algunos estudios señalan que hasta un tercio de los adolescentes presenta criterios de uso problemático de internet según estándares internacionales.

No hablamos de una moda ni de una alarma pasajera. Hablamos de un problema de salud pública que exige prevención, regulación y acompañamiento profesional.

UN MARCO POLÍTICO Y SOCIAL EN MOVIMIENTO

El Comité de Personas Expertas del Ministerio de Juventud e Infancia, del que formé parte, presentó en 2024 un informe con 107 medidas para crear entornos digitales seguros (1). Las propuestas abarcan salud, educación, privacidad, derechos y violencia digital. Desde limitar el uso de móviles en los centros escolares hasta exigir algoritmos menos adictivos y protocolos de prevención en atención primaria, el informe constituye una hoja de ruta ambiciosa y necesaria.

Al mismo tiempo, el Proyecto de Ley Orgánica para la protección de las personas menores de edad en los entornos digitales, impulsado desde la Presidencia del Gobierno de España, refleja la urgencia política de regular este campo. Sin embargo, también pone de relieve el riesgo de que la infancia se convierta en terreno de rivalidad partidista. La protección de niños y adolescentes no puede quedar atrapada en disputas ideológicas.

CONTROL Z: VISIBILIDAD NECESARIA, PERO NO SUFICIENTE

En este contexto surgió la Plataforma Control Z, que reunió a más de una docena de entidades sociales, profesionales y mediáticas, entre ellas la

Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia (AEPNYA), con el objetivo de alertar sobre la hiperconexión digital. Su nacimiento aportó una visibilidad mediática sin precedentes a un problema que hasta entonces se debatía sobre todo en círculos especializados. “No hay salud mental sin salud digital” fue una de las frases que marcaron titulares. Ese altavoz era necesario. Pero como profesionales debemos ser claros: la visibilidad, por sí sola, no basta. La respuesta debe basarse en evidencia, independencia y sostenibilidad. Campañas y plataformas son importantes, pero el compromiso real exige políticas públicas sólidas, protocolos clínicos claros y coordinación entre salud, educación y familias.

LA MIRADA DESDE LA CLÍNICA

Para quienes trabajamos cada día con adolescentes, este no es un debate teórico. Vemos jóvenes atrapados en dinámicas de comparación social, expuestos al ciberacoso o al consumo problemático de redes, agotados tras noches sin dormir conectados a pantallas. Vemos también a familias desbordadas, que oscilan entre la permisividad total y la prohibición abrupta, sin apoyo ni referencias claras.

Por eso defendemos la necesidad de incluir en la práctica clínica la anamnesis digital, indagando no solo el tiempo de exposición, sino los contenidos, contextos y motivaciones. Necesitamos programas de psicoeducación dirigidos a padres y madres, y protocolos que ayuden a detectar de manera temprana el uso problemático. Y sobre todo, necesitamos recursos suficientes para atender a los adolescentes que ya presentan cuadros graves: depresión, conductas autolesivas, trastorno de conducta alimentaria o adicciones conductuales.

POR ENCIMA DE LAS RIVALIDADES

En los últimos meses han surgido distintas plataformas, asociaciones y proyectos políticos para abordar el impacto digital en la infancia. Esta diversidad, aunque enriquecedora, también ha

generado tensiones y duplicidades. Desde la salud mental debemos enviar un mensaje inequívoco: los menores no pueden esperar a que resolvamos rivalidades institucionales o personales. La protección de la infancia debe estar por encima de intereses particulares.

La tarea es colectiva y exige sumar esfuerzos: profesionales de la salud, educadores, familias, responsables políticos y, muy especialmente, los propios adolescentes. Su voz debe estar en el centro de cualquier diseño de entornos digitales seguros.

DE LA EVIDENCIA A LA ACCIÓN

Las medidas están sobre la mesa: retrasar la entrega del primer smartphone, prohibir dispositivos personales en horario escolar, implantar controles parentales por defecto, exigir transparencia a los algoritmos, etiquetar los dispositivos con advertencias de riesgo, fomentar actividades de ocio saludable. El reto ya no es diagnosticar el problema, sino convertir la evidencia en acción política y social.

CONTINUIDAD DEL COMPROMISO DE AEPNYA

AEPNYA lleva años abordando este reto. Durante la pandemia organizamos seminarios online para orientar a profesionales y familias en el uso de pantallas; hemos elaborado documentos de recomendaciones (2); mantenemos presencia activa en redes sociales; y recientemente hemos renovado nuestra secretaría técnica y nuestra imagen corporativa para adaptarnos a un mundo cada vez más digital. Además, contamos con un grupo de trabajo específico sobre tecnología que canaliza la reflexión científica y clínica de nuestros socios y socias. Este camino no debe detenerse: como miembro de la Junta Directiva me dirijo a toda la asociación para daros las gracias por vuestro compromiso y para invitaros a seguir participando activamente en esta tarea, divulgando, investigando y defendiendo la salud mental de niños y adolescentes en la era digital.

CONCLUSIÓN

Las pantallas no son un enemigo a erradicar, sino un espacio a humanizar. Iniciativas como la plataforma Control Z han sido un altavoz valioso, pero el verdadero compromiso pasa por integrar la evidencia científica en políticas públicas y en la práctica clínica diaria.

Desde la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia reafirmamos nuestro compromiso de trabajar con rigor científico, en colaboración con familias, educadores y responsables políticos, para garantizar entornos digitales seguros. Invitamos a nuestros socios y socias a mantener activa esta reflexión y a las futuras juntas directivas a continuar este camino, con la infancia y la adolescencia siempre en el centro.

Porque proteger la salud mental infantil en la era digital no es una opción: es una urgencia inaplazable.

REFERENCIAS

1. Informe del Comité de Personas Expertas para el Desarrollo de un Entorno Digital Seguro Para la Juventud y la Infancia. Ministerio de Juventud e Infancia. Gobierno de España, 2024. <https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/noticias/Informe%20de%20comit%C3%A9%20de%20personas%20expertas%20para%20el%20desarrollo%20de%20un%20entorno%20digital%20seguro%20para%20la%20juventud%20y%20la%20infancia.pdf>
2. Recomendaciones de Uso de Nuevas Tecnologías en la Infancia y Adolescencia. Realizado por el grupo de trabajo de salud digital de AEPNYA, 2024. <https://aepnya.es/wp-content/uploads/2024/06/AEPNYA-Recomendaciones-de-Uso-de-Nuevas-Tecnologias-en-la-Infancia-y-Adolescencia-1.pdf>

David Losada Brunet ^{1*} 
Noelia Díaz González ¹ 
Adrià Valero Iranzo ¹ 
Joana Sánchez Martínez ¹ 

1. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany (Girona), Institut d'Assistència Sanitària (IAS). Girona, España

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

David Losada Brunet
Correo: david.losada.ias@gencat.cat

Descripción de una muestra clínica de pacientes con Funcionamiento Intelectual Límite en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil: prueba piloto promovida por la Generalitat de Catalunya

Description of a clinical sample of patients with Borderline Intellectual Functioning at a Child and Adolescent Mental Health Centre: pilot test promoted by the Government of Catalonia

RESUMEN

Introducción: El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) define aquella población que obtiene un rango de Cociente Intelectual (CI) entre 71 y 84 con unas dificultades asociadas en el desarrollo cognitivo, social y funcional. Aunque no tiene unos criterios claramente definidos ni se considera una categoría diagnóstica (sino más bien una condición), se ha detectado que es un importante factor de riesgo para una peor adaptación global y el desarrollo de psicopatología. **Objetivo:** Evaluar de forma descriptiva dos variables de una muestra clínica de los casos con FIL detectados en el *Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany* durante 2022: las edades de primera visita en el centro y las comorbilidades asociadas. **Material y métodos:** Dentro de la prueba piloto multidisciplinar del FIL aprobada por la Generalitat de Catalunya en 2021, conjuntamente con otros centros y servicios de salud mental, se evaluaron 114 casos (75% varones) de pacientes con FIL, según el protocolo establecido. **Resultados:** La mayoría de casos realizaron la primera visita en el CSMIJ entre los 8 y los 10 años. Los diagnósticos comórbidos más frecuentes asociados al FIL han sido los Trastornos generalizados del desarrollo (29,16%), los Trastornos hiperkinéticos (27,5%) y el Trastorno de Conducta (14,16%). **Conclusiones:** El plan de intervención

ABSTRACT

Background: Borderline Intellectual Functioning (BIF) refers to individuals with an IQ score ranging from 71 to 84 and difficulties associated with cognitive, social and functional development. Although it does not have clearly defined criteria and is not considered a diagnostic category (but rather a condition), it has been found to be an important risk factor for poorer overall adaptation and the onset of psychopathology. **Objective:** To descriptively evaluate two variables from a clinical sample of patients with BIF detected at the *Gironès i Pla de l'Estany Child and Adolescent Mental Health Centre (CSMIJ)* during 2022: age of first visit at the centre and associated comorbidities. **Materials and methods:** As part of the multidisciplinary BIF pilot test approved by the Government of Catalonia in 2021, together with other mental health centres and services, 114 cases of patients with BIF (75% male) were evaluated according to the protocol in place. **Results:** Most patients visited the Mental Health Centre for the first time between the ages of 8 and 10. The most frequent comorbid diagnoses associated with BIF were general developmental disorders (29.16%), hyperkinetic disorders (27.5%) and conduct disorder (14.16%). **Conclusions:** The initial treatment plan at the Mental Health Centre

6

inicial en CSMIJ contempla el abordaje del paciente y sus familias en las dificultades valoradas, así como la comorbilidad asociada, características importantes en los pacientes con FIL.

Palabras clave: funcionamiento intelectual límite, FIL, discapacidad intelectual, neurodesarrollo, psiquiatría del niño y adolescente.

INTRODUCCIÓN

El Funcionamiento Intelectual Límite (FIL) se ha descrito como una variación del cociente intelectual (CI) que se encuentra entre una y dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población general (rango del CI entre 71 y 84). Esta condición es necesaria pero no suficiente para su confirmación ya que, además, debe estar asociada a dificultades en el desarrollo cognitivo, social y funcional (1-5). La falta de consenso internacional sobre los criterios de esta entidad (6) hace difícil determinar la prevalencia actual del FIL, sin embargo, se cree que afecta aproximadamente al 12%-14% de la población general (2-5,7,8) y al 7% en edad escolar (5,9). Actualmente el FIL se define como un estado límite entre la discapacidad intelectual leve y el desarrollo típico (2,9) y no está clasificado como un trastorno mental (3,9), sino como un código V en los manuales diagnósticos (2), refiriéndose a éste con la categoría de “otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica”, tal y como se recoge en el DSM-V-TR (1). Por tanto, indica un problema o factor de riesgo más bien que un diagnóstico en sí mismo (4,5,9); si bien se está discutiendo si puede elevarse a la categoría de trastorno psiquiátrico formal (3,5).

Se ha observado cómo la inteligencia se mantiene estable a partir de la adolescencia y adultez temprana, por lo que el entorno en la etapa infantil tiene un rol crucial en su desarrollo. La mayoría de estudios señalan como uno de los principales factores de riesgo para desarrollar un FIL el estatus socioeconómico bajo (3,7,10,11); así como los eventos vitales estresantes infantiles (4), tales como el estrés materno o el maltrato infantil (11,12). Por esto, los jóvenes con un FIL suelen sufrir una mayor tasa

includes addressing the patient and their families based on the difficulties assessed and the associated comorbidities, which are important characteristics in patients with BIF.

Keywords: Borderline intellectual functioning, BIF, intellectual disability, neurodevelopment, child and adolescent psychiatry.

de eventos vitales estresantes infantiles respecto a la población general (7,13-17) y suelen provenir de entornos con elevadas dificultades socioeconómicas (3,4,6,10,13,18). Habitualmente mantienen estas privaciones y dificultades socioeconómicas en la edad adulta, por lo que es habitual que transmitan esta distocia socioeconómica a sus hijos (19); también suelen requerir un mayor uso de servicios sociales (20). Concretamente, a nivel neurobiológico se ha observado como un bajo nivel socioeconómico se ha asociado con un desarrollo anormal de regiones críticas del cerebro como el hipocampo, la amígdala, la corteza parahipocámpica, la corteza sensoriomotora y el sistema límbico (7).

El bajo rendimiento escolar en personas con FIL puede estar provocado por situaciones tan heterogéneas (2) como un bajo nivel de comprensión, que conduce a problemas en la lectoescritura o el cálculo, pobreza en la fluidez verbal y lenguaje, dificultades en el proceso de razonamiento y simbolización, dificultad para organización y asimilación de nueva información, poca atención y concentración y dificultades en funciones ejecutivas, escasas habilidades visuoespaciales (4,5,9,11,13,21), dificultades generalizadas en la teoría de la mente (8,9) así como retraso en la adquisición de hitos del neurodesarrollo (22). Esto puede derivar en poca motivación, menor tolerancia al estrés (17), baja autoestima y nivel de iniciativa personal, necesidad de tiempo extra para realización de tareas (4,5,11,13) y la necesidad de adaptaciones académicas (para las cuales los padres pueden no estar preparados) (4,8). De hecho, algunas de las personas con fracaso escolar pueden presentar un FIL no detectado (3,5) y, según algunos estudios, solo el 27% de las personas con FIL son detectadas en edad escolar (8).

Las personas con FIL tienen la capacidad suficiente para entender las expectativas y roles requeridos, aunque se pueden ver frustrados por no ser capaces de alcanzarlos o hacerlo con dificultades (14). Pueden tener problemas en el funcionamiento diario, generalmente no tan graves que los incapaciten para realizar los roles sociales típicos de la edad (3,13,23), aunque sí lo suficiente para generar un impacto negativo en la calidad de vida cotidiana (5,9), con fracaso de las expectativas sociales, aislamiento social o relaciones afectivas inadecuadas (3,6,7). La mayoría de personas con FIL no se detectan hasta el final de la etapa primaria o inicios de la secundaria, sobre los doce años (5), momentos en los que existe un aumento de la exigencia académica y social (8) y se hacen más evidentes sus dificultades de adaptación escolar. Es frecuente que sientan rechazo social a causa de su inadaptación en diferentes ambientes (5,13).

El incremento de la distancia de los niños con FIL con sus compañeros en la adolescencia puede generar mayor estrés, derivando en mayor psicopatología y problemas de conducta, aumentando enormemente el riesgo de desarrollo de trastornos de salud mental respecto la población general (también edad adulta) (5,10,14), más del doble según algunos estudios (24).

Las comorbilidades más comúnmente asociadas al FIL son sobre todo otras alteraciones del neurodesarrollo, trastornos de ánimo y de ansiedad, y trastornos de conducta; aunque también pueden presentar trastorno por uso de sustancias, ideación suicida, trastorno por estrés postraumático, posterior desarrollo de trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, etc. (4,5,7,8,13,15,16,24,25,26). Esto puede conllevar una mayor tasa de ingreso en unidades de psiquiatría a lo largo de la vida (20). La presencia comórbida de FIL es un factor de mal pronóstico (3) y de peor respuesta a psicofármacos (27), además contribuye a un mayor uso de psicofármacos y servicios médicos (10). Los problemas de conducta y agresividad de los niños con FIL añaden mayores problemas de interacción entre padres e hijos, repercute negativamente en el rendimiento académico y promueve el abandono escolar en edades primeras y suelen estar asociados a dificultades en la comprensión de las emociones y en una afectación de las funciones ejecutivas mediado por

una dificultad en el procesamiento de la información social (5,21,28). La elevada tasa de trastorno de conducta presente en los FIL puede conllevar un posterior trastorno antisocial (3). De hecho, se han detectado tasas de aproximadamente una tercera parte de residentes en centros penitenciarios con un CI entre 70 y 84 (tanto en población juvenil como adulta), por lo que se considera que padecer un FIL es un factor de riesgo para conductas delictivas y antisociales en la adolescencia y la edad adulta (29). Otras condiciones más frecuentes en las personas con FIL son los problemas motores y de equilibrio, los trastornos del aprendizaje; así como la delección del gen 22q.11.2, el síndrome X frágil, el síndrome de Prader Willi, el síndrome de Williams, etc (5,30). También presentan mayores problemas de salud física, como la obesidad (8,31).

El Centro de Salud Mental e Infantojuvenil (CSMIJ) del Gironès i Pla de l'Estany (Institut d'Assistència Sanitària) participó en la prueba piloto aprobada por la Generalitat de Catalunya en marzo de 2021 (*Recomendaciones para la atención a personas con Funcionamiento Intelectual Límite*) (32), realizada en los territorios de Gironès y Sabadell, donde se revisó el modelo diseñado en mayo de 2017 (33), y esto permitió que, en nuestro centro, en 2022 se registrara una muestra con todos los pacientes diagnosticados con FIL, presentada en este estudio.

El objetivo principal del presente estudio es estudiar de forma descriptiva y prospectiva la edad de derivación de estos menores al CSMIJ y los diagnósticos comórbidos más frecuentes en una muestra clínica de FIL en un CSMIJ durante el año 2022. Los objetivos específicos son: 1) describir las edades de primera visita en el CSMIJ de los casos de FIL durante el año 2022 y 2) describir las comorbilidades asociadas a los casos de FIL que han acudido al CSMIJ durante ese año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y participantes

El presente estudio ha sido realizado en el CSMIJ del Gironès i Pla de l'Estany (Girona), perteneciente a la Red de Salud Mental y Adicciones del Instituto de

Asistencia Sanitaria del Hospital Santa Caterina de Salt (Girona, España).

Las valoraciones clínicas se han realizado por un equipo experto en salud mental infanto-juvenil y en trastornos del neurodesarrollo constituido por psiquiatras y psicólogos clínicos. Se ha elaborado un registro anónimo de una muestra de todos los pacientes atendidos en el CSMIJ que presentaban la condición FIL con unos criterios de inclusión de un CI entre 71 y 84; así como una edad comprendida entre los 4 años y los 17 años y 11 meses. Los criterios de exclusión han sido un CI igual o por debajo de 70 y un CI igual o por encima de 85; pacientes con edades inferiores a 4 años o superiores a 17 años y 11 meses.

El presente estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de Medicamentos de Girona (CEIM Girona) en la reunión realizada el 25/03/2025 (Acta nº 06/2025).

Recogida de información

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión, todos los casos detectados de FIL en el CSMIJ durante el 2022 han sido incluidos en el estudio.

Para la confirmación del diagnóstico de FIL en el CSMIJ se han administrado las pruebas de inteligencia, siguiendo los criterios de la prueba piloto de la atención del FIL de la Generalitat de Catalunya del 2022. Dichos criterios, en los que existe una elevada posibilidad de padecer un FIL, son los siguientes: a) trastorno de aprendizaje; b) cualquier psicopatología asociada a antecedentes de fracaso escolar o dificultades de adaptación ambiental; c) derivación de un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) con sospecha de un bajo funcionamiento intelectual. Por otro lado, también se han detectado algunos casos de FIL mediante las pruebas de inteligencia de forma accidental o casual, es decir, se han realizado dichas pruebas por cualquier otro motivo sin tener inicialmente una elevada sospecha clínica.

Una vez detectado un caso de FIL, cada referente clínico lo ha incluido en el registro anónimo, recogiendo las siguientes variables: fecha de nacimiento, edad de primera visita al CSMIJ y comorbilidades asociadas.

Instrumentos

Para la definición de FIL se ha utilizado la que está recogida en el DSM-5-TR. (1) En el caso de la inteligencia, ha sido valorada a partir de la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-V* (WISC-V) (34) (de 6 años hasta 16 años y 11 meses) y la *Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV* (WAIS-IV) (35), a partir de 16 años. Por otro lado, los diagnósticos clínicos comórbidos al FIL se han codificado según la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, décima versión (CIE-10) (36). En cuanto a los diagnósticos comórbidos del neurodesarrollo, se han utilizado algunas pruebas complementarias para apoyar el diagnóstico, por ejemplo, en el caso del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), se ha utilizado el *Test de CARAS-R* (37), el *Test D2-R* (38) y el *Test de la Figura Compleja de Rey* (39) por parte de los psicólogos clínicos del equipo. En el caso del Trastorno del Espectro Autista (TEA) comórbido se ha utilizado la prueba *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2* (ADOS-2) (40) o la *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada* (ADI-R) (41), por parte de los psiquiatras o psicólogos referentes del caso. En cambio, en el resto de los diagnósticos comórbidos (trastorno de conducta, trastornos de ansiedad...) se ha utilizado exclusivamente la entrevista clínica.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos se introdujeron en una plantilla de Excel de Microsoft Office®. Mediante el mismo programa se analizaron las distintas variables, mediante estadística descriptiva, obteniendo los datos necesarios de cada una, así como las gráficas pertinentes.

RESULTADOS

Un total de 114 pacientes han sido incluidos en el estudio, de los cuales 86 (75%) eran varones y 28 (25%) mujeres. La prevalencia de FIL detectada, mucho mayor en el sexo masculino que en el femenino, es parecida a la de otras muestras (13,27,42), con una

proporción de 3:1; como ocurre en la mayoría de trastornos del neurodesarrollo (43).

La edad de inicio al CSMIJ (ver Figura 1) más frecuente en nuestra muestra fue a los 10 años ($n=20$; 17,36%), seguido de los 8 años ($n=17$; 14,05%). En esta variable la media es de 9,90 años; la mediana es de 10 años; la desviación típica es de 3,11 años. En cuanto a la comorbilidad, un 95,6% presentaba como mínimo otro diagnóstico comórbido.

El grupo comórbido más prevalente es el de Trastornos generalizados del desarrollo (29,16%), seguido de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (27,5%) y Trastorno de conducta (14,16%). Otros trastornos frecuentes fueron las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (6,66%) y otros trastornos de ansiedad (4,16%). En la Tabla 1 se muestran los porcentajes de los distintos diagnósticos comórbidos al FIL encontrados en esta investigación.

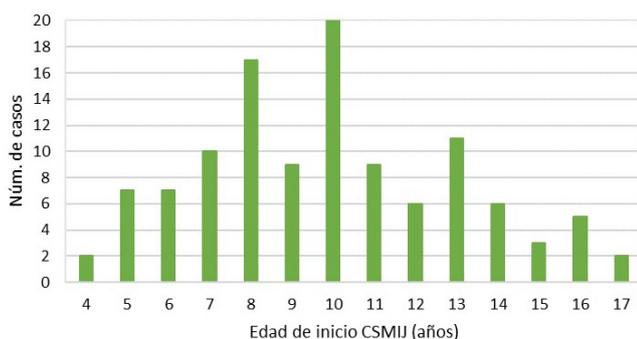


Figura 1. Distribución de edad de inicio CSMIJ

DISCUSIÓN

Se ha observado que la edad de derivación a nuestro CSMIJ ocurre sobre todo entre los 8 y los 10 años de edad (40% de los casos), con dos picos de edad a los 10 años (17,36% de los casos), seguido de un segundo pico a los 8 años (14,05% de los casos). Según nuestro conocimiento, este es el primer estudio que describe la edad de primera visita en un centro especializado de salud mental en los menores con FIL. Esta franja de edad coincide con cambios en el ciclo educativo en España: el inicio del segundo ciclo educativo dentro de la Educación Primaria (3º de Primaria) a los 8 años y el inicio del tercer ciclo educativo (5º de Primaria) a los 10 años. Estos cambios educativos

se caracterizan por un aumento de la exigencia académica, así como posibles reestructuraciones en el entorno (cambios de docentes, tutores, compañeros, aula, etc.). Al igual que señalan otros estudios, cambios a nivel ambiental como el aumento de la exigencia escolar y las reestructuraciones sociales derivadas pueden conllevar un estrés difícil de manejar para una persona con FIL, con la aparición de psicopatología y derivación a los servicios de salud mental especializados (5,8).

En nuestro estudio se observa una tasa elevada de comorbilidades psiquiátricas. Según algunos estudios esta tasa en la población general puede ser desde el 32% (15) hasta el 40% en personas con FIL, requiriendo de atención psiquiátrica el 30% (8,22,24). Sin embargo, en nuestra muestra la tasa de comorbilidades ha sido del 95,6% ya que, como ya se ha aclarado, se trata de una muestra clínica de un centro de salud mental especializado. De hecho, en la mayoría de casos estas comorbilidades han sido la puerta de acceso para la derivación a nuestro CSMIJ y a una posterior evaluación de un FIL. En nuestra muestra, estos casos excepcionales de FIL sin comorbilidad se pueden explicar porque se trataban de aquellos casos detectados de forma casual sin tener una previa sospecha clínica de FIL; bien porque presentaban fracaso escolar y dificultad de adaptación ambiental como principal criterio de derivación sin un claro trastorno de salud mental asociado; así como, aquellos casos en los que se había hecho una detección temprana y provenían directamente de un CDIAP, con sospecha u orientación diagnóstica de FIL como primer y único motivo de derivación.

De todas las comorbilidades asociadas a la presencia del FIL, la más prevalente ha sido el trastorno generalizado del desarrollo, un 29,16% (especialmente el trastorno autista). Estas cifras son un poco más elevadas que otros estudios, que aportan valores de autismo en población menor de edad FIL que varían entre el 14% (22) hasta el 25% (44). La tasa de TDAH, de un 27,5%, es parecida a la de otros estudios, que recogen porcentajes que irían del 5% hasta el 50% (8,10,22,24). Así pues, como otros estudios señalan, hay una gran comorbilidad con el FIL y otros trastornos del neurodesarrollo (5,26,27). La comorbilidad del FIL con otros trastornos del

Tabla 1. Diagnósticos comórbidos al FIL (según CIE-10)

Diagnósticos comórbidos al FIL (ICD-10)		
F84: Trastornos generalizados del desarrollo		29,16%
	Trastorno Autista (F84.0)	91,4%
	Síndrome de Asperger (F84.5)	2,85%
	Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (F84.8)	2,85%
	Trastorno Generalizado no especificados del Desarrollo (F84.9)	2,85%
F90: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad		27,5%
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (F90.2)	33,3%
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado (F90.9)	24,24%
	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, predominio falta de atención (F90.0)	27,27%
	Trastorno por déficit de atención y hiperactividad, predominantemente hiperactivo (F90.1)	15,15%
F91: Trastorno de conducta		14,16%
	Trastorno de conducta de inicio en la infancia (F91.1)	47,05%
	Trastorno de Conducta de inicio en la adolescencia (F91.2)	17,64%
	Trastorno de conducta no especificado (F91.9)	17,64%
	Otros trastornos de conducta (F91.8)	11,76%
	Trastorno opositorista-desafiante (F91.3)	5,88%
F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación		6,66%
	Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y de la conducta (F43.25)	62,5%
	Trastorno de adaptación no especificado (F43.20)	25%
	Trastorno de adaptación con ansiedad (F43.22)	12,5%
F41: Otros trastornos de ansiedad		4,16%
	Trastorno de ansiedad no especificado (F41.9)	60%
	Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	20%
	Otros trastornos de ansiedad mixtos (F41.3)	20%
R41: Otros síntomas y signos que involucran la función cognoscitiva y la conciencia		3,33%
F63: Trastorno de los hábitos y de los impulsos		3,33%
F80: Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje		3,33%
F50: Trastornos de la ingestión de alimentos		1,66%
F42: Trastorno obsesivo-compulsivo		1,66%
Otros		5,05%

neurodesarrollo como el TDAH es un factor de mal pronóstico y condiciona un peor funcionamiento cotidiano, de igual forma la comorbilidad con FIL en el TDAH podría repercutir en una menor respuesta a los fármacos estimulantes (27,45), aunque esto último no está del todo claro (46).

El presente estudio se ha hallado tasas ligeramente más bajas en cuanto a comorbilidad con el trastorno de conducta (14,16%), ya que otras muestras hablan de proporciones un poco más altas, de entre el 16% (22) o el 19% (10), mientras que otros incluso hablan de hasta el 30% (5,22). En cuanto los trastornos de ansiedad, otros estudios coinciden en unas tasas del 22-23%, (8,22) así como unas tasas de trastornos de ánimo de entre el 4,4% (8) y el 8 % (22). Sin embargo, las tasas de trastornos de ansiedad y del estado de

ánimo han sido significativamente menores, un total de 10,66% si tenemos en cuenta los grupos *Reacciones a estrés grave y trastorno adaptación* (6,6%) y *Otros trastornos de ansiedad* (4,16%). Según algunos estudios, las tasas de comorbilidad con el TEPT pueden llegar a ser del 36,6%-38% (16). Mientras que las tasas de trastornos de conducta son muy parecidas a los otros estudios; no tenemos claro el motivo por cual en nuestra muestra hemos encontrado esta proporción de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo tan bajas, pensamos que futuros estudios serían necesarios para investigar este hecho más detenidamente.

Lo anteriormente referido nos permite establecer un perfil de sospecha de FIL en un centro especializado en salud mental infanto-juvenil. Se debe tener en cuenta cuando exista comorbilidad asociada

a fracaso escolar o dificultad de adaptación ambiental (especialmente cuando hay un cambio en el entorno inmediato, sobre todo escolar) especialmente si se trata de otro trastorno del neurodesarrollo como el TDAH o el autismo. Suelen acudir a los servicios de salud mental especialmente entre los 8 y los 10 años de edad. Al tener una sospecha de FIL se debería detectar con las pruebas cognitivas pertinentes para poder realizar una detección e intervención lo más precoz posible.

Como se ha comentado anteriormente, esta muestra clínica realizada en 2022 se ha obtenido dentro del marco de la prueba piloto de la Generalitat de Catalunya de 2021 (en la que participó nuestro centro), para la cual se creó el grupo de *Gestión, Estudio y Derivación de Casos de Personas con Funcionamiento Intelectual Límite* (GEDFIL), multidisciplinares y englobando varias especialidades como los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), pediatría y Atención Primaria, el Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual (SESM-DI) o la Unidad de Hospitalización Especializada en Discapacidad Intelectual (UHEDI); así como servicios de adultos, etc. En reuniones mensuales de este grupo se presentaban los casos de elevada complejidad de todos los casos detectados progresivamente en los distintos servicios implicados. A continuación, de forma cualitativa, se detallarán algunos de los aspectos esenciales en la evaluación de los FIL en el CSMIJ aprendidos y recogidos en la prueba piloto (32), con el objetivo de confirmar el diagnóstico de FIL y la definición de un Plan de Atención Individualizada al FIL (PAI-FIL2).

Toda valoración debe incluir los dominios funcionales de la inteligencia, las funciones ejecutivas y el funcionamiento adaptativo. Por ello, debe recogerse la historia clínica y una observación clínica completa, mediante el uso de la HoNOSCA (47,48) o la HoNOSLD (o HoNOSDI) (49,50), así como una descripción detallada de los hitos del desarrollo. En segundo lugar, determinar el coeficiente intelectual (tanto verbal como no verbal) y obtener los puntos débiles y fuertes del sujeto, esto se realiza mediante WISC-V o WAIS-IV. Debe incluirse el estudio de las funciones ejecutivas (siendo el indicador más importante para el diagnóstico del FIL) (2), es decir, las habilidades de autorregulación (atención y control inhibitorio) y las habilidades de razonamiento

(planificación, resolución de problemas y flexibilidad cognitiva). Y, por último, y especialmente importante, se debe conocer el funcionamiento adaptativo, es decir el funcionamiento cotidiano de la persona y las necesidades de adaptación a su ambiente, mediante el *Inventario para la Planificación de servicios y programación Individual (ICAP)* (51), aunque el *Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS-II)* (52) también puede ser una buena alternativa. Además, estudios recientes señalan la importancia de valorar también la teoría de la mente (9), aunque existe poca literatura y consenso al respecto y esto está muy poco estandarizado; así como la importancia de una correcta rehabilitación cognitiva para mejorar la adaptabilidad funcional (27,42).

Una vez realizada una adecuada valoración, es esencial un trabajo con los menores y las familias los problemas generales derivados de la condición de FIL, así como las posibles dificultades concretas que presente cada caso. Esto debe ir acompañado de una coordinación interdepartamental e interprofesional del CSMIJ con servicios sociales, pediatría del equipo de atención primaria (iguales o menores de 15 años) o medicina de familia (iguales o mayores de 16 años), educación a través del Equipo de Asesoramiento Psicológico (EAP) de las escuelas o con el CDIAP, en aquellos casos derivados directamente de este servicio. Así se puede realizar un adecuado PAI-FIL2 para cada caso. En el ámbito académico se contacta con el servicio de psicopedagogía de cada centro escolar para que tengan constancia del caso y se promuevan las adaptaciones necesarias, realizando un Plan de soporte individualizado (PI) del alumno con FIL, según la etapa educativa y requerimientos de cada alumno. Esta última intervención contribuye en gran medida a la disminución del fracaso escolar y todas las complicaciones que ello conlleva (bullying, sentimiento de fracaso, disminución de la autoestima...), uno de los estresores más frecuentes e importantes que sufren los pacientes con FIL y que se relaciona directamente con la psicopatología observada y que muchas veces motiva la derivación al CSMIJ. Este tipo de adaptaciones no son distintas a las que proponen otros autores (5,23). De hecho, en otros países, una adaptación escolar pertinente ha mostrado una normalización en el currículum en jóvenes afectados de FIL y TEA (26). También puede

12

que se requiera una valoración del certificado de discapacidad por parte de servicios sociales.

Como limitaciones del estudio, nuestra muestra presenta el sesgo de ser población clínica, lo que debe de tenerse en cuenta en cuanto a obtener conclusiones sobre la población general. Aunque la Prueba Piloto se realizó en un marco multicéntrico, la muestra analizada en este estudio es unicéntrica.

CONCLUSIONES

El FIL es una entidad nosológica descrita en el manual diagnóstico DSM-5-TR, pero es controvertida y para la cual no existen enfoques terapéuticos específicos. Según nuestro conocimiento, el presente estudio es uno de los primeros en nuestro entorno en estudiar una muestra clínica de FIL en población infanto-juvenil, centrándose en las variables: edad de primera visita y comorbilidades.

Las comorbilidades psiquiátricas del FIL son parecidas a otras poblaciones no FIL, excepto en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Las comorbilidades más frecuentes han sido con otros trastornos del neurodesarrollo (TDAH y autismo). Esta investigación podría abrir puertas a que futuros estudios evalúen los FIL en entornos más parecidos a nuestra realidad clínica más inmediata.

Así pues, se ha podido establecer un perfil de elevada sospecha de FIL en los servicios de salud mental especializados. Son jóvenes con cambios en el entorno, especialmente el escolar que, debido a sus dificultades de adaptación, acuden a los servicios de salud mental entre mediados de la escuela primaria e inicios de la escuela secundaria, sobre todo entre los 8 y los 10 años de edad. Suelen acudir a los servicios de salud mental especializados por otra psicopatología derivada o acentuada por el aumento de exigencia y dificultades de adaptación escolar y social. Esta comorbilidad, según nuestra experiencia, suelen ser otros trastornos del neurodesarrollo como TDAH o TEA, aunque también pueden presentar trastorno de conducta, de ansiedad o del estado de ánimo. Es importante realizar una correcta valoración cognitiva y del funcionamiento adaptativo y diario, trabajando con los menores y las familias, así como de forma

interdisciplinar con la escuela, servicios sociales, etc. y, si es necesario, realizando una adaptación curricular.

Además, esta muestra clínica se ha obtenido dentro de la prueba piloto *Recomendaciones para la atención a las personas con Funcionamiento Intelectual Límite* de la Generalitat de Catalunya del 2021, permitiendo la elaboración de una guía de actuación multidisciplinar, entre los que se incluyen los servicios de salud mental infanto-juvenil, para una mejor detección y evaluación, así como establecimiento de un programa de atención individual.

FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido realizado sin financiación de ninguna entidad.

RESULTADOS PRELIMINARES

Un borrador de este artículo fue presentado en forma de póster en el 66º Congreso Nacional AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia), realizado en Valencia, del 1 al 3 de junio de 2023.

CONTRIBUCIONES

Joana Sánchez Martínez se encargó de reclutar la muestra y obtener la información de la población, realizó la base de datos. David Losada Brunet realizó gran parte de la búsqueda bibliográfica, redactó el manuscrito y coordinó al resto de autores. Adrià Valero Iranzo obtuvo los datos de la base de datos, realizó las gráficas y colaboró en la redacción del manuscrito. Noelia Díaz González colaboró en la redacción del manuscrito y la búsqueda de la bibliografía. Joana Sánchez Martínez y David Losada Brunet revisaron el artículo. Todos los autores han aceptado la última versión del manuscrito.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no presentan conflictos de interés a declarar.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a aquellos que han participado en el diseño y la aplicación de la prueba piloto GED-FIL y el Plan de Atención Individualizada FIL del FIL.

También un agradecimiento especialmente a todo el equipo profesional del *CSMIJ del Gironès i Pla de l'Estany* por la recopilación de la información necesaria para el diseño del presente estudio, especialmente a la coordinadora del servicio, la Dra. Cristina Lombardía Fernández.

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría (2022). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5a edición, Texto Revisado. Editorial Médica Panamericana; 2022.
2. Fernell E, Gillberg G. Borderline intellectual functioning. *Handb Clin Neurol*. 2020;174: 77-81. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00006-5>
3. Greenspan S. Borderline intellectual functioning: an update. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(2): 113-22. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000317>
4. Hassiotis A. Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: Prevalence, comorbidities and treatment approaches. *Adv Ment Health Intellect Disabil*. 2015;9(5): 275-83. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2015-0028>
5. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC, Ruiz Gutiérrez-Colosía M, Artigas-Pallarès J, García Ibáñez J, González Pérez J, et al. Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Rev Psiquiat Salud Ment*. 2013;6(3): 109-20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.12.001>
6. Martínez-Leal R, Folch A, Munir K, Novell R, Salvador-Carulla L. The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3): e8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30001-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30001-8)
7. Blasi V, Pirastru A, Cabinio M, Di Tella S, Lagaña MM, Giangiacomo A, et al. Early Life Adversities and Borderline Intellectual Functioning Negatively Impact Limbic System Connectivity in Childhood: A connectomics-Based Study. *Front Psychiatry*. 2020 Sep;11: 497116. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.497116>
8. Kim M, Cheon KA. Exploring the Clinical Characteristics and Comorbid Disorders of Borderline Intellectual Functioning. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2024;35(3): 181-7. <https://doi.org/10.5765/jkacap.240012>
9. Baglio G, Blasi V, Sangiuliano Intra F, Castelli I, Massaro M, Baglio F, et al. Social Competence in Children with Borderline Intellectual Functioning: Delayed Development of Theory of Mind Across All Complexity Levels. *Front Psychol*. 2016;7: 1604. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01604>
10. Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ. The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(5): 579-87. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0100-y>
11. Blasi V, Zanette M, Baglio G, Giangiacomo A, Di Tella S, Canevini MP, et al. Intervening on the Developmental Course of Children With Borderline Intellectual Functioning With a Multimodal Intervention: Results From a Randomized Controlled Trial. *Front Psychol*. 2020;11: 679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00679>
12. Neijmeijer LJ, Korzilius HPLM, Kroon H, Nijman HLI, Didden R. Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands. *J Intellect Disabil Res*. 2019;63(8): 1015-22. <https://doi.org/10.1111/jir.12619>
13. Fernell E, Ek U. Borderline intellectual functioning in children and adolescents - insufficiently recognized difficulties. *Acta Paediatr*. 2010;99: 748-53. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01707.x>
14. Hassiotis A, Brown E, Harris J, Helm D, Munir K, Salvador-Carulla L, et al. Association of Borderline Intellectual Functioning and Adverse Childhood Experience with adult psychiatric morbidity. Findings from a British birth cohort.

- BMC Psychiatry. 2019;19: 387. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2376-0>
15. Dardani C, Underwood J, Jones H, Rammos A, Sullivan S, Hull L, Khandaker G, Zammit S, Rai D, Madley-Dowd P. Psychotic experiences and disorders in adolescents and young adults with borderline intellectual functioning and intellectual disabilities: evidence from a population-based birth cohort in the United Kingdom. *Psychol Med.* 2025 Feb;5: e23. <https://doi.org/10.1017/S0033291724003556>
 16. Luteijn I, VanDerNagel JEL, Van Duijvenbode N, De Haan HA, Poelen EAP, Diddene R. Post-traumatic stress disorder and substance use disorder in individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A review of treatment studies. *Res Dev Disabil.* 2020 Oct;105: 103753. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103753>
 17. Valle A, Baglio G, Zanette M, Massaro D, Baglio F, Marchetti A, Blasi V. A New Perspective on the Role of Self-Confidence and Confidence in the Evaluation and Rehabilitation of Children With Adverse Life Experience and Borderline Intellectual Functioning: A Preliminary Study. *Front. Psychol.* 2020;12: 720219. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.720219>
 18. Fenning RM, Baker JK, Baker BL, Crnic CA. Parent-child Interaction Over Time in Families of Young Children With Borderline Intellectual Functioning. *J Fam Psychol.* 2014 Jun;28(3): 326-35. <https://doi.org/10.1037/a0036537>
 19. Zeng W, Heyman M, Jerome SJ, Davis ML, Akobirshoev I. Longitudinal Trajectories of Maternal Stress for Mothers with Intellectual Disabilities and Borderline Intellectual Functioning: Evidence from the Future of Families and Child Wellbeing Study. *J Autism Dev Disord.* 2025 Feb 11. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06732-z>
 20. Peltopuro M, Vesala HT, Ahonen T, Närhi VM. Borderline intellectual functioning: an increased risk of severe psychiatric problems and inability to work. *J Intellect Disabil Res.* 2020 Dec;64(12): 923-33 <https://doi.org/10.1111/jir.12783>
 21. Predescu E, Sipos R, Costescu CA, Ciocan A, Rus DI. Executive Functions and Emotion Regulation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Intellectual Disability. *J. Clin. Med.* 2020;9: 986. <https://doi.org/10.3390/jcm9040986>
 22. Sätälä H, Mirjami Jolma L, Meriläinen-Nipuli M, Koivu-Jolma M. Challenges and Neuropsychological Functioning in Children and Adolescents with Borderline Intellectual Functioning. *Children (Basel).* 2022 Nov 28;9(12): 1847. <https://doi.org/10.3390/children9121847>
 23. Orío-Aparicio C, López-Escribano C, Bel-Fenellós C. Borderline Intellectual Functioning: A Scoping Review. *J Intellect Disabil Res.* 2025 Jun;69(6): 437-56. <https://doi.org/10.1111/jir.13221>
 24. Totsika V, Liew A, Absoud M, Adnams C, Emerson E. Mental health problems in children with intellectual disability. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(6): 432-44. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0)
 25. Van Duivenbode N. A Systematic Review of Substance Use (Disorder) in Individuals with Mild to Borderline Intellectual Disability. *Eur Addict Res.* 2019 Nov;25(6): 263-82. <https://doi.org/10.1159/000501679>
 26. Olsson MB, Holm A, Westerlund J, Lundholm Hedvall A, Gillberg C, Fernell E. Children with borderline intellectual functioning and autism spectrum disorder: developmental trajectories from 4 to 11 years of age. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017 Oct 4;13: 2519-26. <https://doi.org/10.2147/NDT.S143234>
 27. Roording-Ragetlie S, Spaltman M, De Groot E, Klip H, Buitelaar J, Slaats-Willemse D. Working memory training in children with borderline intellectual functioning and neuropsychiatric disorders: a triple-blind randomised controlled trial. *J Intellect Disabil Res.* 2022 Jan;66(1-2): 178-94. <https://doi.org/10.1111/jir.12895>
 28. Van Rest MM, Matthys W, Van Nieuwenhuijzen M, De Moor MHM, Vriens A, Schuengel C. Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability.

- Child Neuropsychol. 2019;25(5): 573-98. <https://doi.org/10.1080/09297049.2018.1495186>
29. Crocker AG, Côté G, Toupin J, St-Onge B. Rate and characteristics of men with an intellectual disability in pre-trial detention. *J Intellect Dev Disabil.* 2007;32(2): 143-52. <https://doi.org/10.1080/13668250701314053>
30. Ann S, McDonld-McGinn D. Developmental trajectories in 22q11.2 deletion syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2015;169(2): 172-81. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31435>
31. Emerson E, Robertson J. Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Int J Pediatr Obes.* 2010;5(4): 320-6. <https://doi.org/10.3109/17477160903473713>
32. Generalitat de Catalunya. Recomanacions per a l'atenció a persones amb Funcionament Intelectual Límit. Document per a la prova pilot. Barcelona; març 2021.
33. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención a las personas con funcionamiento intelectual límite. Barcelona; 26 de mayo de 2017.
34. Wechsler D. WISC-IV: Escala de Inteligencia de Weschler para Niños - V. 5ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2014.
35. Wechsler D. WAIS-IV: Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos - IV. 4ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2012.
36. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Gobierno de España. CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, Modificación clínica. 3ª Edición. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 2020.
37. Thustone LL, Yela M. Caras-R: Test de percepción de diferencias - Revisado: Manual. 14ª Edición. Madrid: TEA Ediciones; 2021.
38. Brickenkamp R, Schmidt-Atzert L, Liepmann D. d2-R: Test de Atención - Revisado: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2022.
39. Meyers JE, Meyers KR. RCFT: Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Reconocimiento: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2024.
40. Lord C, Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop SL, Luyster RL, Guthrie W. ADOS-2: Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2: Manual. Madrid: TEA Ediciones; 2015.
41. Rutter R, Le Couteur A, Lord C. ADI-R: Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada: Manual. 3ª edición. Madrid: TEA Ediciones; 2024.
42. Dakopolos A, Condy E, Smith E, Harvey D, Kaat AJ, Coleman J, Riley K, Berry-Kravis E, Hessel D. Developmental Associations between Cognition and Adaptive Behavior in Intellectual and Developmental Disability. *Res Sq.* 2024 Jan 8: rs.3.rs-3684708. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3684708/v1>
43. Bölte S, Neufeld J, Marschik PB, Williams ZJ, Gallagher L, Lai MC. Sex and gender in neurodevelopmental conditions. *Nat Rev Neurol.* 2023 March;19(3): 136-59. <https://doi.org/10.1038/s41582-023-00774-6>
44. Kantzer AK, Fernell E, Westerlund J, Hagberg B, Gillberg C, Miniscalco C. Young children who screen positive for autism: Stability, change and "comorbidity" over two years. *Res Dev Disabil.* 2018;72: 297-307. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.10.004>
45. Aman MG, Buican B, Arnold LE. Methylphenidate treatment in children with borderline IQ and mental retardation: analysis of three aggregated studies. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003 Spring;13(1): 29-40. <https://doi.org/10.1089/104454603321666171>
46. Sun CK, Tseng PT, Wu CK, Li DJ, Chen TY, Stubbs B, Carvalho AF, Chen YW, Lin PY, Cheng YS, Wu MK. Therapeutic effects of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children with borderline intellectual functioning or intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2019 Nov 4;9(1): 15908. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52205-6>
47. Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, et al. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Psychiatry Res.* 2018 Mar;261: 554-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.057>

- 16
48. Ballesteros-Urpí A, Torralbas-Ortega J, Muro P, Pardo-Hernandez H. Measure of clinical improvement in children and adolescents with psychiatric disorders: an evaluation of multiple perspectives with HoNOSCA. *Medwave*. 2020. Jan 13;20(1): e7762. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.01.7762>
49. Roy A, Matthews H, Clifford P, Fowler V, Martin DM. Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). *Br J Psychiatry*. 2002 Jan;180: 61-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.61>
50. Esteba-Castillo S, Torrents-Rodas D, García-Alba J, Ribas-Vidal N, Novell-Alsina R. Traducción y validación de la versión española de la escala Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(3): 141-50. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.11.002>
51. Bruininks RH. ICAP: Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual. 3ª edición. Bilbao: Ed. Mensajero; 1999.
52. Harrison PL, Oakland T. ABAS-II: Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa: manual. 2ª edición. Madrid: TEA ediciones; 2021.

Delia Argüelles Balas^{1*} 
Alberto Rodríguez-Quiroga² 

1. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Infanta Leonor. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España.

2 Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Leonor. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Delia Argüelles Balas
Correo: deliarguellesbb@gmail.com

¿Puede una bacteria requerir psicoterapia?

Can a bacteria require psychotherapy?

RESUMEN

Introducción: Los síntomas neuropsiquiátricos en la infancia representan un desafío clínico significativo, tanto por su impacto emocional en las familias como por la complejidad de su diagnóstico. Los tics, en particular, destacan por su frecuencia y por la diversidad de posibles causas que deben considerarse. Entre estas, el síndrome PANDAS (Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado a Infecciones Estreptocócicas) sigue siendo una entidad controvertida, con criterios diagnósticos en constante revisión y sin consenso definitivo. **Descripción del caso clínico:** Este artículo presenta el caso de un niño con una exacerbación súbita de tics y síntomas neuropsiquiátricos asociados, así como los datos clínicos más relevantes que permitieron orientar el diagnóstico. **Discusión y conclusiones:** A través de este caso clínico, se suman argumentos que sugieren la posible existencia de PANDAS como diagnóstico diferencial a considerar, reforzando la necesidad de seguir investigando sus mecanismos, su validez y su manejo en la práctica clínica.

Palabras clave: tics, enfermedades autoinmunes, trastorno obsesivo compulsivo, infecciones estreptocócicas, pediatría.

ABSTRACT

Background: Neuropsychiatric symptoms in childhood pose a significant clinical challenge due to their emotional impact on families and the complexity of their diagnosis. Tics are particularly challenging because of their frequency and the wide range of potential underlying causes that must be considered. Among these, Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections (PANDAS) remain a controversial entity, with diagnostic criteria still under review and no definitive consensus. **Case report:** This article presents the case of a child who experiences a sudden worsening of tic and associated neuropsychiatric symptoms, along with the most relevant clinical data supporting the diagnosis. **Discussion and conclusion:** This clinical case provides further evidence as to the potential existence of PANDAS as a differential diagnosis, highlighting the need for continued investigation into its mechanisms, validity and management in clinical practice.

Keywords: tics, autoimmune diseases, obsessive-compulsive disorder, streptococcal infections; paediatrics.

INTRODUCCIÓN

Durante la edad pediátrica los síntomas neuropsiquiátricos representan un reto significativo debido a la inmadurez emocional y la dependencia de los cuidadores. Entre estos síntomas, los tics ocupan un lugar destacado dada su capacidad de alterar profundamente la vida diaria del niño y de su entorno familiar, con una prevalencia en torno al 10-20% (1). En este contexto, realizar un diagnóstico diferencial resulta esencial y a la vez desafiante, pues la etiología involucrada es amplia y las limitaciones inherentes a la edad del paciente pueden dificultar la evaluación clínica.

En las últimas décadas, se ha investigado la posible relación entre ciertas infecciones y el desarrollo de síntomas neuropsiquiátricos en la infancia. Desde la década de 1980, se han reportado casos que sugieren esta conexión, aunque no fue hasta 1995 cuando se propuso una entidad nosológica específica bajo el término PITANDS (*Pediatric Infection-Triggered Autoimmune Neuropsychiatric Disorders* / Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos desencadenados por infecciones) (2).

Posteriormente, en 1998, se describió por primera vez el síndrome PANDAS (*Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal Infections* / Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados a infecciones por

estreptococos), gracias a un estudio que identificó la relación entre una infección por estreptococos y la aparición o exacerbación de síntomas neuropsiquiátricos, como tics motores o vocales y síntomas obsesivo-compulsivos (3).

La teoría patogénica predominante sugiere que este síndrome podría estar mediado por una respuesta autoinmune, en la cual los anticuerpos generados frente al estreptococo reaccionarían de manera cruzada con diferentes áreas cerebrales, particularmente los ganglios basales (4). Estas estructuras están implicadas en funciones motoras y cognitivas, por lo que alteraciones en estas regiones podrían explicar los síntomas observados en los pacientes (5). A lo largo de los años, los criterios diagnósticos de esta entidad han evolucionado (Figura 1), pasando por el término PANS (*Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome* / Síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo en la infancia) en 2010 (6), hasta llegar en 2012 a una definición con criterios menos restrictivos bajo el término CANS (*Childhood Acute Neuropsychiatric Symptoms* / Síntomas neuropsiquiátricos agudos en la infancia) (7).

A pesar de que han pasado casi 50 años desde las primeras descripciones, esta entidad sigue siendo objeto de controversia. Si bien existen múltiples estudios y evidencias que respaldan su existencia, también persisten posturas escépticas que cuestionan su validez como diagnóstico independiente.

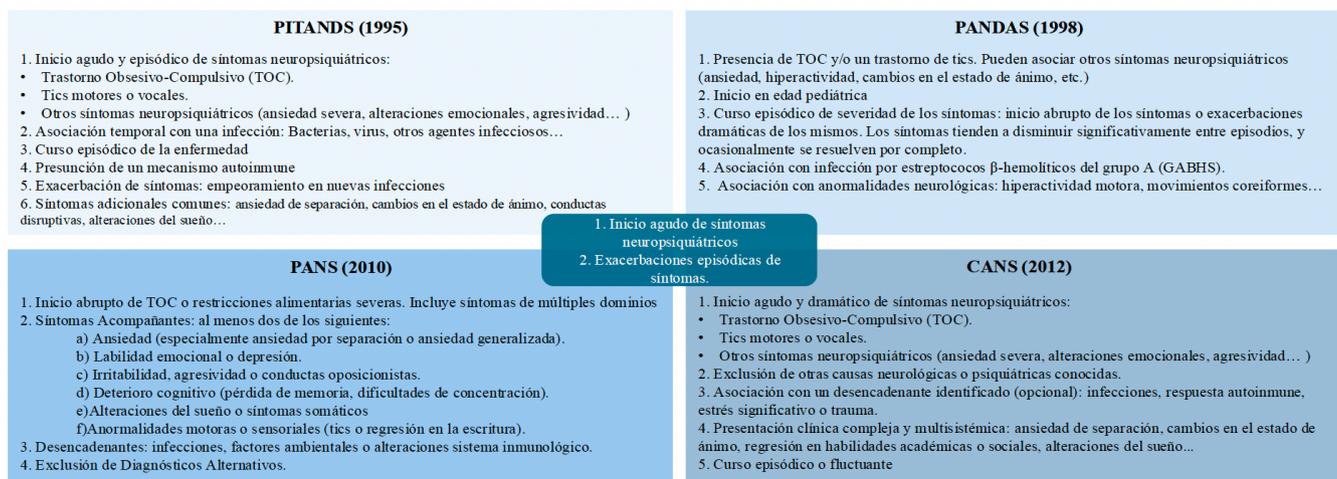


Figura 1. Evolución de los criterios diagnósticos. En el centro, criterios comunes a todos ellos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Escolar varón de 6 años que acudió a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil derivado desde el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) por la aparición de tics.

Antecedentes personales

Nacido en España. Embarazo controlado con estudios prenatales normales. Parto eutócico a término, sin incidencias en periodo perinatal. Desarrollo ponderoestatural y psicomotores acordes a la edad. Antecedentes médicos sin enfermedades relevantes, salvo faringoamigdalitis de repetición. No alergias medicamentosas conocidas ni a otros alérgenos. Sin antecedentes de intervenciones quirúrgicas. Calendario vacunal completo y acorde a la comunidad autónoma. Sin contacto previo con servicios de salud mental.

Antecedentes familiares

Padres sin antecedentes médicos de interés. Por rama materna, abuelo y tía con tics. Hermano mayor de 8 años en seguimiento en consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil por Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Situación basal

En el momento de la consulta, vivía con sus padres, su hermano mayor y un gato. cursaba 1º de Educación Primaria, con buen rendimiento académico. Presentaba buena integración social, con numerosas amistades y relaciones interpersonales y conducta prosocial adecuada.

Enfermedad actual

Consultaba en SUP por aparición brusca y repentina en las últimas horas, de movimientos cervicales consistentes en flexo-extensión repetitiva, que habían derivado en una cervicalgia. Los progenitores contaban además la aparición de sonidos que asemejaban ronquidos. La madre relacionaba el inicio de los síntomas con la administración

de la cuarta dosis de la vacuna DTPa (difteria-tétanos-tos ferina). Negaban otra sintomatología. En la exploración física realizada en urgencias, se confirmaron dichos movimientos, que impresionaban de involuntarios, autolimitados y de corta duración. Ante la ausencia de signos ni datos de alarma y resultados normales en las pruebas complementarias realizadas (analítica sanguínea y tóxicos en orina), se decidió derivación a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que se llevó a cabo dos semanas después de la visita inicial a urgencias.

En la primera entrevista con psiquiatría, los progenitores ampliaron la información, mencionando la presencia previa de tics motores y vocales, refiriendo exacerbación de éstos tras la administración de la vacuna. Entre los mismos destacaban sonidos asemejados a ronquidos y movimientos repetitivos de los dedos de las manos. Los padres describían un aumento de la inquietud y la agresividad cuando el paciente intentaba suprimir los mencionados tics. Además, relataban antecedentes de conductas agresivas e irritabilidad desde los 5 años, incluyendo golpes, lanzamiento de objetos y episodios de pérdida de control que requerían intervención física por parte de los padres.

El paciente a su vez presentaba numerosos miedos (oscuridad, baño y quedarse solo en su habitación por la noche), precisando constante compañía de los padres. “En casa hay que acompañarlo siempre, no va sólo a ningún lado...” Referían que en los últimos días había presentado además empeoramiento en el sueño, con numerosos despertares durante el descanso nocturno que sólo se resolvían con la presencia de los progenitores.

Lo describían en casa como rígido, meticuloso e inflexible. A su vez, añadían que asociaba excesiva inquietud motora “es un niño muy movido, no para quieto”, además de dificultad para conseguir centrarse en actividades que exigían elevada concentración “en actividades como la lectura, no aguanta, ha tardado mucho en aprender”. Sin embargo, en aquellas actividades que le interesaban no presenta problema alguno “con el ordenador puede pasarse horas...”

Durante la consulta, se solicitó al paciente que realizase un dibujo de su familia, el cual denotó elementos agresivos y obsesivos, representados a través de rostros enojados, líneas marcadas y repetitivas, y figuras con expresiones de amenaza.

En la entrevista a solas con los padres, la madre refería creer que el paciente manifestaba cierta rivalidad hacia su hermano mayor, expresada a través de comportamientos agresivos hacia él “le insulta, le pega...”. Además, añadía sentir cierta distancia afectiva hacia el paciente, percibiendo un vínculo emocional más estrecho con el hermano mayor, lo que pensaba que podría haber influido en el comportamiento del paciente “él debe sentirlo”.

Exploración psicopatológica

El paciente se encontraba vigil, consciente y orientado a lo y autopsíquicamente. Presentaba un aspecto cuidado y aseado, con adecuado contacto visual. Durante la entrevista se objetivaron tics motores cervicales (movimientos bruscos del cuello en varias direcciones), pero no tics fónicos. Asociaba importante inquietud psicomotriz, con dificultad para permanecer sentado. Lenguaje hiperfluido, espontáneo, no verborreico, sin fuga de ideas ni tendencia al descarrilamiento. Posible afectación del estado de ánimo, verbalizaba deseo de normalidad “yo quiero ser normal”. No auto ni heteroagresividad. No ideas tanáticas. No alteraciones en la forma, curso o contenido del pensamiento, así como tampoco fenómenos de alineación de este. No alteraciones en la sensoropercepción. Ritmos cronobiológicos conservados. Juicio de realidad conservado.

Evolución

Tras la entrevista, se explicaron posibilidades diagnósticas incluyendo síndrome PANS/PANDAS y se solicitó un cultivo de exudado faríngeo, con resultado positivo para *Streptococcus dysgalactiae* multisensible y niveles elevados de ASLO (795 U/L), sugerentes de infección reciente. En colaboración con Pediatría, se decidió inicio de tratamiento antibiótico con fenoximetilpenicilina por vía oral, a dosis de 250mg cada 12 horas durante 10 días. Tras ello, se observó una notable mejoría en los tics. El paciente continuó seguimiento por parte de Psiquiatría durante los siguientes meses para abordaje de sintomatología previa y residual —que incluía tics motores leves, irritabilidad ocasional y dificultades para dormir sin acompañamiento—, así como para trabajar en la

mejora de las dinámicas familiares. Tras varios meses de psicoterapia y manejo multidisciplinar, se logró una remisión completa de los síntomas.

DISCUSIÓN

Como se mencionó previamente, existen numerosos estudios y casos reportados en la literatura que respaldan la asociación entre infecciones y la aparición o exacerbación de síntomas neuropsiquiátricos en la infancia (2–4,6,7). Se ha documentado que estas infecciones pueden estar relacionadas tanto con la aparición de síntomas de *novo* como con la exacerbación de sintomatología en niños con susceptibilidad previa, reforzando la hipótesis de una interacción entre factores infecciosos y la susceptibilidad individual.

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos para estas entidades han evolucionado hacia un enfoque más inclusivo, considerando no solo las infecciones por estreptococos, sino también otros agentes infecciosos y factores desencadenantes. Este cambio refleja un enfoque más integrador y acorde con la naturaleza multifactorial de su etiología.

En el caso que presentamos, el paciente ya mostraba antecedentes de tics motores y vocales leves, además de rasgos obsesivos y rigidez conductual, lo que plantea la hipótesis de una susceptibilidad previa que podría haber sido agravada por un desencadenante reciente (2–4,6,7). Los padres atribuyeron la exacerbación aguda de los síntomas a la reciente administración de la vacuna DTPa. Cabe destacar que, hasta la fecha, no existen estudios que establezcan una relación causal directa entre la vacunación y el desarrollo de PANDAS. Sin embargo, se ha reportado un caso aislado en la literatura en el que se observó un empeoramiento de los síntomas neuropsiquiátricos en niños con PANS/PANDAS tras la vacunación contra la COVID-19 (8). Este caso puntual no es suficiente para sacar conclusiones definitivas y subraya la necesidad de más investigaciones al respecto.

Por otro lado, el hallazgo de niveles elevados de ASLO (795 U/L) y un cultivo faríngeo positivo para *S.dysgalactiae* aporta evidencia de una infección reciente. Aunque los niveles de ASLO son específicos de infecciones por *Streptococcus pyogenes*, el hallazgo

de *S. dysgalactiae* plantea interrogantes sobre su papel en la etiopatogenia del cuadro. La respuesta favorable al tratamiento antibiótico sugiere que la infección estreptocócica (ya sea por *S. pyogenes* o *S. dysgalactiae*) jugó un papel significativo en el desencadenamiento de los síntomas.

Es importante destacar que, aunque la intervención antibiótica fue clave para la remisión de los síntomas de mayor intensidad, no debe subestimarse la relevancia que tuvieron tanto la mejora en las dinámicas familiares como el apoyo psicoterapéutico en la recuperación del paciente. Se ha demostrado que los factores psicosociales pueden modular la expresión clínica y el curso de los síntomas neuropsiquiátricos.

Este caso muestra características compatibles con un diagnóstico de PANDAS, caracterizado por la exacerbación aguda de tics preexistentes y alteraciones emocionales tras una infección estreptocócica confirmada (*S. dysgalactiae*), niveles elevados de ASLO y una respuesta favorable al tratamiento antibiótico. Aunque los tics ya estaban presentes previamente, la asociación temporal con la infección y la notable intensificación de los síntomas sugieren un proceso autoinmune característico de este síndrome. El hallazgo de *S. dysgalactiae* como agente infeccioso plantea una ampliación en el espectro etiológico de PANDAS, tradicionalmente asociado con *S. pyogenes*. Ambas especies pueden desencadenar una respuesta inmunitaria cruzada que afecte a los ganglios basales, mecanismo implicado en la fisiopatología de esta entidad (9).

El diagnóstico de estas entidades sigue siendo clínico, basado en una evaluación cuidadosa y en la exclusión de otras posibles causas. Resulta oportuno mencionar que otros trastornos neuropsiquiátricos como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Síndrome de Tourette (ST) y los tics también podrían compartir un mecanismo inmuno-inflamatorio subyacente, en el que se han identificado anticuerpos anti-neuronales y citocinas proinflamatorias como posibles factores implicados en su patogénesis (10). Estas alteraciones inmunológicas, que también han sido estudiadas en el PANDAS, podrían explicar las similitudes clínicas y los patrones de síntomas en estas condiciones. Además de los mecanismos inmunológicos compartidos, estas patologías

presentan una superposición significativa de síntomas, lo que complica el diagnóstico diferencial. Por ello, resulta fundamental identificar las diferencias clave que permiten distinguirlas, especialmente en contextos clínicos donde su presentación puede ser confusa o coexistente (Tabla 1). El abordaje multidisciplinar es esencial para garantizar el mejor manejo a estos pacientes, combinando tratamiento médico, psicológico y apoyo familiar.

CONCLUSIONES

El caso presentado destaca la importancia de un enfoque integral en pacientes pediátricos con tics o síntomas de TOC de inicio agudo, considerando la posible implicación de infecciones en su etiología. Aunque *S. dysgalactiae* no es el agente típicamente asociado con PANDAS, su hallazgo en este caso refuerza el papel de las infecciones como posibles desencadenantes en niños con susceptibilidad previa. La mejoría significativa tras el tratamiento antibiótico subraya la relevancia de identificar y tratar factores infecciosos, sin olvidar la influencia de los factores psicosociales en la evolución clínica. Este caso refuerza la necesidad de un manejo multidisciplinar y de más investigaciones para entender los mecanismos subyacentes y optimizar el abordaje de estas entidades.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte de la familia del paciente para la publicación del presente caso clínico.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaramos no tener conflictos de interés.

CONTRIBUCIONES

Delia Argüelles Balas participó en la conceptualización, redacción inicial, diseño metodológico (tablas), curación de datos y visualización de los resultados. Alberto Rodríguez-Quiroga contribuyó mediante la supervisión del proyecto, revisión crítica y edición del manuscrito final.

Tabla 1. Características diagnósticas: TOC, Tics, Tourette y PANDAS (Adaptado del DSM-V, 2014).

	TOC	Trastornos de Tics	Síndrome de Tourette	PANDAS
Definición	Presencia de obsesiones y compulsiones que causan malestar significativo	Movimientos o vocalizaciones súbitas, rápidas, recurrentes y no rítmicas	Trastorno de tics motores y vocales múltiples presentes durante al menos un año.	Aparición súbita de TOC o tics asociados temporalmente a una infección estreptocócica.
Edad de inicio	Variable, comúnmente en la adolescencia o juventud.	Antes de los 18 años.	Antes de los 18 años.	Entre los 3 años y la pubertad.
Curso de la enfermedad	Crónico con fluctuaciones en la gravedad de los síntomas.	Puede ser transitorio o crónico; los tics transitorios duran menos de un año.	Curso crónico con fluctuaciones.	Curso episódico con exacerbaciones y remisiones; inicio o empeoramiento abrupto de síntomas.
Síntomas asociados	Ansiedad, depresión, evitación, deterioro funcional.	Malestar social, interferencia en actividades diarias.	Dificultades sociales, problemas de atención, trastornos del aprendizaje.	Anomalías neurológicas, ansiedad por separación, trastornos del sueño...
Criterios diagnósticos específicos	Obsesiones y compulsiones que consumen tiempo o causan malestar significativo.	Presencia de tics motores o vocales, duración y tipo determinan si es transitorio o crónico.	Tics motores múltiples y al menos un tic vocal presentes en algún momento durante más de un año.	Presencia de TOC o TICS; inicio agudo y curso episódico; Asociación temporal con infección estreptocócica; anomalías neurológicas presentes.

Notas: TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo; PANDAS: Trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos asociados a infecciones por estreptococos

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha tenido fuente de financiación.

REFERENCIAS

- González Campillo T, López Laso E, Madruga Garrido M. Tics. *Protoc diagn ter pediadr.* 2022;1: 295-303. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/29_0.pdf
- Allen AJ, Leonard HL, Swedo SE. Case Study: A New Infection-Triggered, Autoimmune Subtype of Pediatric OCD and Tourette's Syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(3): 307-11. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00015>
- Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, Mittleman B, Allen AJ, Perlmutter S, Dow S, Zamkoff J, Dubbert BK, Lougee L. Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated With Streptococcal Infections: Clinical Description of the First 50 Cases. *Am J Psychiatry.* 1998;155(2): 264-71. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.264>
- Esposito S, Bianchini S, Baggi E, Fattizzo M, Rigante D. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: an overview. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2014;33: 2105-9. <https://doi.org/10.1007/s10096-014-2185-9>
- Huey ED, Zahn R, Krueger F, Moll J, Kapogiannis D, Wassermann EM, Grafman J. A psychological and neuroanatomical model of obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2008;20(4): 390-408. <https://doi.org/10.1176/jnp.2008.20.4.390>
- Swedo ES. From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). *Pediatr Ther.* 2012;2(2): 1000113. <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>
- Singer HS, Gilbert DL, Wolf DS, Mink JW, Kurlan R. Moving from PANDAS to CANS. *J Pediatr.* 2012;160(5): 725-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.11.040>

8. LaRusso MD, Abadia CE. Symptom flares after COVID-19 infection versus vaccination among youth with PANS/PANDAS. *Allergy Asthma Proc.* 2023;44(5): 361-67. <https://doi.org/10.2500/aap.2023.44.230049>
9. Xie O, Davies MR, Tong SYC. Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis infection and its intersection with Streptococcus pyogenes. Forrest GN, editor. *Clin Microbiol Rev.* 2024;37(3): e00175-23. <https://doi.org/10.1128/cmr.00175-23>
10. Marazziti D, Palermo S, Arone A, Massa L, Parra E, Simoncini M, Martucci L, Beatino MF, Pozza A. Obsessive-Compulsive Disorder, PANDAS, and Tourette Syndrome: Immuno-inflammatory Disorders. En: Kim Y-K, editor. *Neuroinflammation Gut-Brain Axis Immun Neuropsychiatr Disord.* Singapore: Springer Nature Singapore; 2023. p. 275-300. https://link.springer.com/10.1007/978-981-19-7376-5_13

María Cristina Herrero Rodríguez ¹ * 
Carlos Imaz Roncero ¹ 
Mónica Avellón Calvo ¹ 
Laura Molina Areses ¹ 

1. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María Cristina Herrero Rodríguez
Correo: mcherreroro@saludcastillayleon.es

*Las alucinosis entre la neurosis y la psicosis,
a propósito de un caso*

*Hallucinosi between neurosis and psychosis,
case report*

RESUMEN

Introducción: El desarrollo emocional durante la infancia y la adolescencia está determinado por varios factores, constituyendo una etapa crítica en el desarrollo personal y social. En este periodo pueden aparecer alteraciones de la percepción como las alucinosis. Son relativamente frecuentes y transitorias, por lo que su diagnóstico orienta hacia un proceso no psicótico, aunque tradicionalmente se ha vinculado al trastorno mental grave. **Descripción del caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un varón que a los 15 años presenta alucinosis auditivas, sintomatología depresiva, ansiedad elevada y vivencias traumáticas con ingresos en Psiquiatría Infanto-Juvenil. La sintomatología del paciente ha fluctuado, alcanzando periodos de estabilidad, siendo crucial realizar un adecuado diagnóstico diferencial ya que las alucinosis auditivas pueden estar presentes en cuadros orgánicos, trastornos afectivos, trastornos adaptativos, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos obsesivos-compulsivos (TOC), trastornos disociativos, trastorno de estrés posttraumático y trastornos psicóticos como las psicosis de inicio temprano (PIT) o experiencias pseudopsicóticas (psychotic-like experiences, PLEs). En nuestro caso, el contacto y la evolución no orientan hacia una estructura psicótica franca, sino que existen síntomas afectivos, obsesivos, disociativos o traumáticos y, en ocasiones

ABSTRACT

Introduction: Emotional development during childhood and adolescence is determined by several factors and is a critical stage in personal and social progress. During this period, perceptual disturbances such as hallucinations may develop. They are relatively frequent and transitory, so their diagnosis is oriented towards a non-psychotic process, although traditionally they have been linked to severe mental disorder. **Description of clinical case:** We present a case report of a male with auditory hallucinations at the age of 15 years, depressive symptoms, high anxiety and traumatic experiences with admissions in Child and Adolescent Psychiatry. The patient's symptomatology has fluctuated, reaching periods of stability, and it is crucial to carry out an adequate differential diagnosis because auditory hallucinations may be present in organic conditions, affective disorders, dissociative disorders, adaptive disorders, personality disorders, eating disorders, obsessive-compulsive disorders (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD) and psychotic disorders such as early-onset psychosis (EOP) or psychotic-like experiences (PLEs). In our case, the contact and evolution do not suggest a well-defined psychotic structure, rather, the symptomatology is characterized by affective, obsessive, dissociative,

de carácter psicótico. **Discusión y conclusiones:** La edad del paciente, su evolución y el tratamiento serán claves para aclarar el posible progreso hacia cronicidad o patología psicótica.

Palabras clave: psicosis, neurosis, alucinosis, trauma.

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en la percepción durante la niñez y la adolescencia son procesos complejos, influenciados por una interacción de factores genéticos, ambientales y sociales. Estos procesos están condicionados, además, por las experiencias personales y el aprendizaje individual relacionado con la regulación y expresión de las emociones (1). Los niños y adolescentes durante el crecimiento van construyendo su mundo interno o mundo subjetivo que hace referencia a las imágenes mentales, representaciones y percepciones que forman la conciencia de la persona. Es un conjunto dinámico e individual que se modifica continuamente por la interacción de las emociones y los pensamientos siendo una interpretación personal del mundo externo. En este contexto, las alteraciones de la percepción deben diferenciarse entre las percibidas como reales y las no reales (1,2).

Las alucinaciones se describen como la formación de imágenes sensoriales en ausencia de un estímulo externo real, es decir, una percepción sin base en el entorno físico observable o como una experiencia anómala operativa que no puede ser validada por otros observadores y sin conciencia de su irrealidad para el paciente. Las pseudoalucinaciones o imágenes anómalas, en cambio, representan la combinación de la percepción real e imagen mental recordando a una alucinación sin tener los elementos esenciales de la misma. Entre estas se incluyen las alucinosis, en las que la persona tiene conciencia de la irrealidad de lo que percibe. Otros fenómenos dentro de este grupo son las ilusiones, las imágenes alucinoides, las imágenes consecutivas, las imágenes parásitas, las imágenes mnésicas y eidéticas, los amigos imaginarios y otros fenómenos relacionados con el sueño como las

or trauma-related features, and occasionally psychotic nature. **Discussion and conclusions:** The patient's age, evolution and treatment will be the key in clarifying the potential progression towards chronicity or psychotic pathology.

Keywords: Psychosis, neurosis, hallucinosis, trauma.

imágenes hipnagógicas (cuando el paciente se queda dormido) o las imágenes hipnopómpicas (cuando el paciente se despierta) (3).

Se considera que las alucinosis no constituyen un diagnóstico en sí mismas, sino que son indicativas de una buena capacidad imaginativa y tendencia a la introspección y las ilusiones y distorsiones perceptuales ilustran cómo los elementos del mundo interno pueden interferir en la percepción de la realidad externa.

Según la población etaria, se aprecian diferencias clínicamente significativas en la forma y contenido de las alteraciones de la percepción, especialmente en las alucinosis auditivas. En los adultos, suelen manifestarse como percepciones claras y persistentes y están comúnmente asociadas a trastornos orgánicos como la alucinosis alcohólica, psicosis orgánica, esquizofrenia y trastornos afectivos con síntomas psicóticos, requiriendo una evaluación rigurosa para identificar etiologías neurológicas o psiquiátricas subyacentes. En niños y adolescentes, suelen ser transitorias, menos definidas y vinculadas a estados emocionales, traumáticos o trastornos del desarrollo, lo que demanda una aproximación diagnóstica más amplia que incluya un diagnóstico riguroso evitando así sobrediagnósticos psicóticos prematuros (4,5).

Los estudios publicados sobre las alteraciones de la percepción en la infancia y adolescencia son escasos por la dificultad de acceso a esta población pero muestran que estos fenómenos son relativamente comunes en la niñez y orientan más frecuentemente hacia un proceso adaptativo en la infancia o adolescencia relacionado con la imaginación, las alteraciones del sueño, el duelo parental, las fobias o crisis de angustia, aunque la incidencia varía según la población elegida y tipo de estudio realizado (2). Otro aspecto relevante es que pueden tener diferentes significados según el momento de la vida al que

26

estén asociados y el grado de persistencia a lo largo del tiempo considerándose predictor de trastorno clínicamente significativo (6).

Sabemos que las alteraciones de la percepción pueden estar presentes en los trastornos afectivos, en los trastornos depresivos con elevados niveles de ansiedad acompañados de sintomatología como apatía, anergia y anhedonia, trastornos conductuales y adaptativos, trastornos de la personalidad, los trastornos de estrés, tanto en sus formas agudas como crónicas, así como en el trastorno de estrés postraumático. Además, pueden observarse en trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia donde aparecen las distorsiones corporales, o en los trastornos obsesivos-compulsivos (TOC) donde las rumiaciones adquieren un carácter intrusivo y sonorizante, que puede a su vez estar en relación con los fenómenos de flashback o invasivos de las experiencias traumáticas vividas. En el ámbito de los trastornos psicóticos, son frecuentes en las psicosis de inicio temprano (PIT) que posteriormente pueden evolucionar hacia una esquizofrenia o hacia un trastorno bipolar con sintomatología psicótica (7). Por ello, es trascendental abordar estas patologías en el diagnóstico diferencial, considerando tanto las comorbilidades asociadas como los posibles trastornos primarios.

La prevalencia de alucinaciones auditivas en la población general oscila entre el 5% y el 28%. Se ha demostrado que pueden aparecer en población general sin ningún diagnóstico psiquiátrico a lo largo de su vida siendo más frecuentes en pacientes con psicosis. Se observan en el 75% de los individuos con esquizofrenia, 20-50% de los individuos con depresión maníaca, 10% de individuos con depresión mayor, y 40% de individuos con trastorno por estrés postraumático (TEPT). La prevalencia es del 9% y hasta 16% en niños y adolescentes, respectivamente, presentes con mayor frecuencia en el contexto de trastorno de alteración de conducta, migraña y ansiedad. Asimismo, la tasa de remisión de las alucinaciones auditivas en la adolescencia oscila entre el 3% y el 40% (8). La evidencia disponible sugiere que la experiencia de "oír voces" incluyendo aquellas en el contexto de trastornos psicóticos, pueden ser entendidas de manera más apropiada como un fenómeno disociativo o de incongruencia del yo que resultan del trauma, aunque no exclusivamente de

abuso sexual infantil (9). Las experiencias traumáticas tempranas afectan de forma crítica el neurodesarrollo facilitando la aparición de distorsiones perceptivas que, aunque no constituyen psicosis en sentido estricto, generan confusión diagnóstica con cuadros psicóticos de inicio temprano. Pueden provocar una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), lo que incrementa la vulnerabilidad a reexperimentaciones perceptivas del trauma, como los flashbacks, que en algunos casos pueden alcanzar características alucinatorias.

Cuando estas alteraciones aparecen en los trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor y la depresión psicótica se relacionan con las alteraciones cerebrales de los circuitos que regulan las emociones (como la amígdala) y la percepción (como la corteza temporal y occipital), la disfunción de ciertas áreas cerebrales y el desequilibrio de los neurotransmisores de serotonina y dopamina. El sistema nervioso central juega un papel fundamental y a pesar de que las alucinosis no suelen ser una característica central del estado de ansiedad, en situaciones de estrés agudo o angustia las personas pueden experimentar sensaciones extrañas o alucinosas que son más perceptuales que reales. Asimismo, en los ataques de pánico o estados disociativos pueden experimentar visiones distorsionadas, distorsión del tiempo y sensación de irrealidad relacionada con la desconexión emocional y la alteración de la conciencia o la memoria (10).

Históricamente, las alucinosis se han relacionado con el trastorno mental grave como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, más prevalentes en fase de manía en lugar de episodios depresivos pudiendo ser indicativos de trastornos psicóticos en etapas posteriores del desarrollo. Las psicosis de inicio temprano (PIT) son un conjunto de cuadros heterogéneos y graves de síntomas psicóticos que aparecen antes de los 18 años y tienen un origen multifactorial que incluye factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales. Su epidemiología global es poco conocida por la ausencia de estudios sistemáticos ya que la mayoría de los estudios epidemiológicos están realizados en población adulta o no diferencian a la población incluida por rangos de edad. Otra limitación es la que la gran parte de los estudios solo incluyen

la esquizofrenia y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos. En la psicosis la presencia de sintomatología prodrómica como enlentecimiento psicomotor, discurso incoherente o alteración del curso o contenido del pensamiento con delirios apoyarían el diagnóstico de trastorno mental grave (11–13).

Otro diagnóstico diferencial relevante antes de realizar un diagnóstico de psicosis en un menor son las experiencias pseudopsicóticas (psychotic-like experiences, PLEs). Son fenómenos que incluyen alucinosis, alucinaciones auditivas verbales (AVHs), alucinaciones visuales y pensamiento desorganizado, similares a la sintomatología de la psicosis, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos necesarios para un trastorno psicótico. Son relativamente frecuentes en todo el espectro de trastornos psiquiátricos y pueden estar presentes en la población general, aunque la prevalencia varía según los instrumentos de evaluación y la población estudiada (14).

No todas las PLEs en la infancia evolucionan hacia trastornos psicóticos; sin embargo, existen estudios que sugieren que pueden ser un indicador temprano de vulnerabilidad para trastornos psicóticos en la vida adulta, especialmente cuando las experiencias son recurrentes o muy intensas. Las voces en estas experiencias tempranas pueden presentarse de diversa forma y contenido. En su mayoría, son de carácter neutro, amigable, pero también pueden ser amenazantes. En algunos casos, pueden ser críticas o despectivas, generando angustia en el niño. En ocasiones identifican las voces como provenientes de personas cercanas, como familiares o amigos, lo que puede ocasionar confusión. También es posible que sean completamente ajenas, anónimas o no identificadas, lo cual podría sugerir un fenómeno más similar a lo que se observa en la psicosis (13).

Si bien pueden considerarse normales en ciertos contextos, como en momentos de estrés o angustia emocional, existen factores que pueden incrementar el riesgo de las PLEs como el estrés traumático o familiar y antecedentes familiares de psicosis. Asimismo, en la infancia y adolescencia, las alteraciones de la percepción asociadas a las PLEs pueden estar presentes en los trastornos del humor de forma relativamente frecuente con una prevalencia y evolución dependiente de la severidad y cronicidad

del trastorno, particularmente en formas graves (15,16). En este contexto, las PLEs pueden representar una comorbilidad psiquiátrica o una manifestación severa del ánimo en la infancia.

En el trastorno depresivo mayor, la presencia de alucinosis, alucinaciones y delirios es indicativo de una depresión psicótica o depresión mayor con características psicóticas. En el trastorno bipolar las voces pueden aparecer en la fase de manía, con contenido de grandeza e impulsividad o en la fase depresiva. Como inconveniente en la infancia y la adolescencia, pueden ser más difíciles de reconocer debido a las diferencias en la presentación clínica en comparación con los adultos. En los trastornos del humor suelen ser episódicas, aunque su aparición aumenta el riesgo de recaídas y complica el tratamiento. Estos síntomas pueden tener consecuencias devastadoras en la vida de los pacientes, implicando aislamiento, aumentando el riesgo de suicidio y causando un sufrimiento extremo.

Por la complejidad de estos aspectos explicados, un correcto diagnóstico diferencial radica en el impacto y la trascendencia que éste tiene en el manejo y tratamiento de un menor (7,15,16).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un varón de 17 años en seguimiento en consultas de Salud Mental Infanto-Juvenil desde los 15 años porque escucha voces de origen desconocido que comentan qué hace y qué debe hacer. El paciente reconoce que son una percepción individual, solo lo escucha él y realiza crítica del contenido de las voces en relación a ciertos contenidos morales. Describe imposición del pensamiento, con tendencia a sobrepensar, experimentando presión constante de hacer las cosas de manera correcta ya que, si no lo hace, siente que algo malo ocurrirá. Fue derivado a consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil desde su centro educativo al que informó sobre la presencia de las voces que comenzaron tras una intervención quirúrgica de osteocondromas en extremidades inferiores seis meses atrás. Posteriormente, lo relaciona de manera temporal con la práctica sexual de BSDM (Bondage, uso de ataduras como práctica sexual; Sadismo,

Dominación y Masoquismo). Desde el inicio expresa relaciones fantasiosas con uso habitual de motes en las que simulan relaciones afectivas y juegos sexuales que, inicialmente, minimiza, pero luego reconoce prácticas sexuales con personas mayores de edad cuando él tenía 14 años.

Como antecedentes personales, el embarazo transcurrió sin complicaciones, y el parto fue por cesárea debido a preeclampsia. Los hitos del desarrollo se alcanzaron de manera adecuada y el menor tuvo una buena adaptación en la guardería. Fue intervenido al cumplir los 15 años por osteocondromas extremidad inferior, anestesiado con midazolam 2 mg y propofol 150 mg y ha estado en tratamiento por crisis migrañosas por lo que se realizó un TAC cerebral descartando patología orgánica relacionada. Tuvo su primer contacto con Salud Mental a los 6 años con psicología por terrores nocturnos (auto y heteroagresividad) y dificultades de relación y adaptación en el entorno escolar, las cuales mejoraron con el inicio de la educación secundaria. Vuelve a acudir a consultas de Salud Mental a los 13 años presentando cefalea, elevada angustia, fobias de impulsión, rumiación del pensamiento, sentimientos de soledad y cierta autorreferencialidad.

Los resultados escolares han sido adecuados hasta la aparición de las voces, aunque consiguió acabar los estudios de la E.S.O. Posteriormente, se matricula en un grado medio de auxiliar de clínica que no puede realizar y en la actualidad repite el primer curso del grado con dificultades para afrontarlo, acudir a clases y tener una rutina con desvinculación escolar por ansiedad anticipatoria. El menor no consume tóxicos. Tiene antecedentes familiares en Salud Mental: la madre presenta un trastorno psicótico residual, un trastorno adaptativo mixto con rasgos disfuncionales de personalidad, tanto del grupo B como C, y síndrome depresivo con múltiples ingresos hospitalarios por intentos autolíticos.

Las relaciones parentales han sido complejas. Con su madre, ha adoptado en la infancia un rol de cuidador, evidenciando procesos de parentificación emocional con una inversión de roles, confusión generacional y un tipo de relación materno-filial dual donde el hijo se hace cargo del bienestar afectivo de ella, lo que puede haber limitado el desarrollo de un apego seguro al

impedirle experimentar contención adecuada en etapas tempranas. Con su padre, la relación ha sido cambiante, mostrando una gran demanda de atención y cuidado, lo cual sugiere una búsqueda activa de vinculación afectiva en el inicio de los síntomas.

Reside en una zona rural de la metrópoli de la capital desde la separación de sus padres a los 11 años. Recuerda que su elección de ir con el padre desencadena un intento autolítico de su madre que motiva un ingreso de ella y que, al menos inicialmente, le hizo sentirse muy culpable. Ha vivido temporadas con la pareja del padre y una de sus hijas, también adolescente, que presentó un cuadro que inicialmente fue catalogado como un cuadro disociativo grave y que, finalmente, fue filiado como encefalitis secundaria a teratoma de ovario. Dicho cuadro coincidió temporalmente con el inicio de sus síntomas y provocan un sentimiento de separación y abandono por parte del paciente, ya que le obligaron a irse de casa una temporada por las dificultades de manejo del caso.

Desde la aparición de estos síntomas, el paciente ha experimentado un notable aumento en su nivel de ansiedad, se muestra desmotivado, con aumento de crisis migrañosas y peor rendimiento académico. A nivel social, ha reducido significativamente sus interacciones limitándose a mantener únicamente su participación en un deporte de equipo, *Jugger*. Ha presentado conductas sexuales de riesgo que parecen reflejar una dinámica basada en relaciones destructivas donde se posiciona en uno de los extremos de dañar o ser dañado. Además, las voces le inducen al suicidio realizando gestos como de tirarse por las escaleras en el Instituto de Educación Secundaria que, en un principio, son contenidos y manejados ambulatoriamente. En su cuerpo, llama la atención la presencia de quemaduras en extremidades inferiores y arañazos en las caderas siendo incapaz de identificar cuándo y cómo se realizan, negando que sean comportamientos conscientes, pero reconociendo que surgen en momentos de elevada ansiedad (ver [Figura 1](#)). Se inició tratamiento farmacológico con alprazolam 1 mg/día, escitalopram 10 mg/día y quetiapina 25 mg/día, con lo que se mantiene estable varios meses pero que, posteriormente, se modifica por empeoramiento de la sintomatología.

A raíz de las lesiones, del incremento de las voces (“escucho cosas del pasado”), síntomas de despersonalización como “no puedo mirarme en un espejo” o “veo a alguien que no soy yo, es como yo pero marcado” y la presencia de pesadillas en las que aparece alguien “como yo pero es alguien malévolo que hace daño a personas que quiero” realiza autointoxicaciones medicamentosas que motivan su primer ingreso en Pediatría a cargo de Psiquiatría, derivación a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y a la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de referencia. Refiere sensaciones cenestésicas bizarras de elevada intensidad y extrañeza, como la percepción la sangre recorriendo su cuerpo a través de las venas, el movimiento de sus vísceras o las conexiones de sus neuronas mientras tiene pensamientos. Lo percibe como una disgregación corporal con desconexiones emocionales parciales con escasa repercusión afectiva. Debido a este empeoramiento y alteración del ciclo del sueño por las pesadillas, insomnio de conciliación y sueño fragmentado, incrementa el malestar con su cuerpo y a su vez la restricción alimentaria

presentando una pérdida ponderal significativa (57,1 kg, 178 cm e IMC 18,02 kg/m²) con sentimientos de asco, repugnancia e inseguridad hacia las grasas e hidratos de carbono, así como rechazo hacia su cuerpo y temor a engordar, con conductas purgativas como vómitos. Anímicamente se encuentra hipotímico y subdepresivo con sentimientos de desesperanza, minusvalía e incapacidad y con dificultades para concentrarse. Socialmente tendencia al aislamiento abandonando su equipo de Jugger, ideas de muerte y se incrementan las autolesiones. Se muestra con cierta indiferencia emocional, pero a la vez demandando durante todo el proceso atención y con la vivencia que no se le hace caso o que se le quita importancia a sus síntomas y problemas.

Durante el ingreso y en el seguimiento ambulatorio, se realizaron diversas pruebas complementarias para descartar posibles causas orgánicas de la sintomatología. Estas pruebas incluyeron análisis sanguíneos completos, serologías, niveles de vitaminas y hormonas, análisis de orina (incluyendo pruebas para detectar sustancias tóxicas reiteradas siendo negativo en todas ellas) y estudios de imagen, tales como un

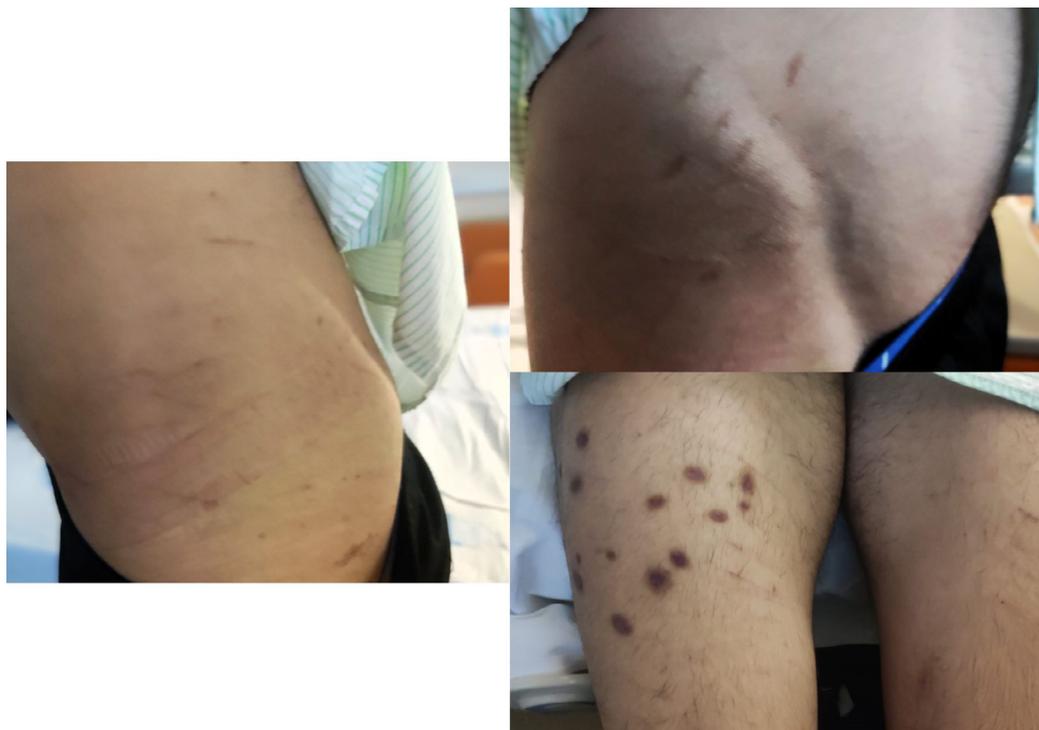


Figura 1. Lesiones de rascado en pelvis y quemaduras en cuádriceps

TAC y una RM cerebral. Los resultados de estas pruebas no mostraron ninguna patología orgánica que pudiera explicar los síntomas del paciente. Se encontraron niveles altos de prolactina secundario al tratamiento con neurolepticos.

A nivel cognitivo, se realizó la escala de inteligencia para adultos WAIS IV, concluyendo que la capacidad intelectual se encuentra dentro de un rango medio en comparación con otras personas de su grupo de edad con los siguientes resultados: Cociente Intelectual Total (CIT): 104; Índice de Comprensión Verbal (ICV): 108; Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP): 104; Índice de Memoria de Trabajo (IMT): 100; Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP): 100.

Se aplicó el test MACI-II, para evaluar rasgos de personalidad y síndromes clínicos en adolescentes, dividido en identificación de los patrones de personalidad y análisis de las facetas de Grossman:

- La identificación de los patrones de personalidad ha indicado rasgos problemáticos de un constructo en diferentes escalas: Introverso (TB:89), Egocéntrico (TB:73), Tendencia al límite (71), Hostil (TB:71), Agraviado (TB:71), Dramático (TB:63), Rebelde (TB:68) y Resentido (TB:60). Indican rasgos de cierta gravedad en la línea de una intensa ambivalencia, labilidad emocional, conductas impredecibles y difusión de la identidad. Esta ambivalencia también puede marcar sus relaciones sociales las cuales suelen ser cambiantes por su percepción volátil del otro; lo que a su vez puede impedir el establecimiento de vínculos positivos. Existe falta de empatía y comprensión del otro, una visión hostil y desconfiada del mundo y una tendencia a la explotación interpersonal que entra en conflicto con una búsqueda del otro y de su atención, aprobación y seguridad. Aunque estén presentes ciertos rasgos del constructo narcisista (falta de empatía, explotación del otro), se observa también una importante tendencia a la autodenigración y el autosabotaje.
- Análisis de las facetas de Grossman: Introverso: temperamentalmente apático (PC: 84), Egocéntrico: interpersonalmente explotador (PC:93), Rebelde: interpersonalmente irresponsable (PC:82),

Hostil: interpersonalmente desagradable (PC:90) y temperamentalmente beligerante (PC:87), Resentido: autoimagen desanimada (PC:86) e interpersonalmente opositor (PC:89), Agraviado: cognitivamente inseguro (PC:77), autoimagen desmerecedora (PC:78) y temperamentalmente disfórico (PC:85). Destaca un marcado egoísmo, una desvalorización del otro y una tendencia a aprovecharse de los demás por sentirse en cierta medida merecedor de un trato especial. También reaparece la ambigüedad, indicando una tendencia a adoptar roles opuestos en las relaciones que oscilan entre la conformidad-dependencia y la independencia-assertiva pero amargada.

El paciente ha demandado siempre tratamientos farmacológicos que alivien y hagan desaparecer su malestar y sus síntomas. Se han realizado diversos cambios psicofarmacológicos que incluyen varios antipsicóticos (olanzapina 10 mg/día, aripiprazol 5 mg/día, risperidona 2 mg/día, paliperidona hasta 9 mg/día, quetiapina 100 mg/día), hipnóticos y sedantes (clonazepam 2 mg/día y 1 mg de rescate intramuscular, diazepam 15 mg/día, lorazepam 2 mg/día) y antidepresivos (escitalopram 10 mg/día, venlafaxina hasta 225 mg/día, mirtazapina 15 mg/día, trazodona 100 mg/día). El paciente solicitó repetidamente cambios en la medicación y aumento en las dosis, refiriendo alivio sintomático cuando la medicación se administraba por vía intramuscular, aunque la dosis aplicada fuera relativamente baja o se utilizara ocasionalmente placebo, sin que haya observado mejora con otros tratamientos.

Tras su primer ingreso de cuatro meses de duración, ha sido ambivalente en relación a su situación y su capacidad de decisión en el proceso terapéutico lo que ha conllevado un seguimiento exhaustivo en consultas ambulatorias por parte de psiquiatra infantil y de la adolescencia y de psicología clínica, seis ingresos desde los 16 años por sobreingestas farmacológicas graves que en algún caso ha precisado de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, uso de recursos como Hospital de Día con retención para integración desde su tercer ingreso, un total de 11 atenciones en urgencias tanto en el centro de salud como en urgencias hospitalarias

tras demanda de soporte vital básico en su domicilio desde el inicio de su seguimiento ambulatorio. Ello ocurrió pese a contar con acceso a consultas sin cita previa y múltiples ajustes psicofarmacológicos, ninguno de ellos satisfactorio.

Asimismo, durante su posterior seguimiento ambulatorio verbaliza haber sufrido una agresión sexual de una persona que considera amigo, mayor de edad y que en su casa le fuerza al contacto sexual sin su consentimiento. Pese al impacto emocional, se niega a colaborar en la investigación policial derivada de la notificación a fiscalía que se realiza desde consulta y la denuncia realizada por el padre motivando el archivo de las actuaciones. Dicha experiencia se relaciona con el empeoramiento clínico que condujeron al primer ingreso, aunque dicho hecho no se conoció hasta meses después y durante su segundo ingreso. Evita profundizar en la exploración psicopatológica de este evento traumático lo que puede estar contribuyendo a la dificultad en su proceso de recuperación.

A nivel psicoterapéutico, se ha llevado a cabo una intervención ambulatoria intensiva en el marco de un dispositivo interdisciplinar, orientada a un paciente adolescente con sintomatología grave y riesgo autolítico. La coordinación del equipo ha sido esencial para evitar la fragmentación del abordaje y sostener una red contenedora ante una clínica altamente demandante. La variable forma de vincularse del paciente con cada uno de los profesionales o en los diferentes momentos de la terapia, ha conllevado el riesgo de ocupar lugares extremos por las proyecciones intensas que el paciente realiza en cada uno de los profesionales y la tendencia a establecer relaciones en las que busca, inconscientemente, dañar o ser dañado.

El enfoque ha integrado una perspectiva psicodinámica con elementos de la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), adaptada a población infanto-juvenil con experiencias adversas tempranas (17). Se definieron tres focos de trabajo: autoestima, estilo vincular y autorregulación emocional, todos irrupidos por un sentimiento de culpa persistente (consciente e inconsciente) asociado a vínculos tempranos fallidos. Se ha tratado de comprender el significado de las manifestaciones sintomáticas en relación con las vivencias de la primera infancia

y las figuras de apego, y la función que estas manifestaciones cumplen en cada momento (17,18).

A lo largo de la terapia, se ha evidenciado una marcada dificultad para acceder a los aspectos nucleares de la psicopatología debido a una sintomatología grave que funcionaba como “cortina de humo” priorizándose lo urgente respecto lo importante dándose una identificación con el “rol de enfermo” y un riesgo de que las diferentes intervenciones, incluyendo los periodos de hospitalización, tuvieran un efecto iatrogénico. Ha sido fundamental mantener una posición activa para el cuidado de la relación y la alianza terapéutica, dada la dificultad observada en el paciente para confiar y su tendencia a poner a prueba al otro, buscar sus límites y explorar sus reacciones.

Esta dificultad para confiar, que se puede conceptualizar como una “desconfianza básica” (contraria a la confianza básica en relación con un estilo de apego seguro) conlleva dificultades en el área de la confianza epistémica y parece tener su origen en las vivencias en su infancia con sus figuras de apego y en las posteriores vivencias de rechazo o exclusión por parte de sus iguales. Esto genera una ambivalencia en la relación terapéutica: se pide ayuda, pero simultáneamente se rechaza, por el temor a la vinculación y a la dependencia, vividas como amenazantes.

En el área afectiva, aparece una importante dificultad para diferenciar las emociones propias y las del otro y dar sentido a la experiencia emocional, con una tendencia al desbordamiento ante las emociones intensas. Esto se traduce en mecanismos defensivos como la disociación, la autoagresión y conductas autolesivas, utilizando el cuerpo como medio de regulación emocional ante vivencias no mentalizadas.

Para entender el significado de las voces y del resto de manifestaciones de autoagresión resulta esencial el concepto de alien-self descrito como “un atormentador interno, con un constante odio a sí mismo y una ausencia de validación interna” y que tiene su origen en las dificultades en la función reflexiva parental (FRP) que conllevan en el niño una confusión entre los estados emocionales propios y los del cuidador y un sentimiento de ser responsable y/o culpable del malestar de sus figuras de apego (19).

32

Citando al paciente: “La voz me dice que no sirvo para nada, que hago todo mal, que soy una carga, que soy mala persona. Yo creo que es verdad y que me lo merezco”. “Algunas veces la voz es más agresiva que otras”.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y EVOLUCIÓN

La evolución del caso ha sido cambiante (ver Figura 2). En ocasiones ha tenido actitud colaboradora, suspicaz, demandante de atención o retardora; anímicamente, menor ansiedad o en ocasiones ha aumentado retomando las ideas de suicidio y autolesiones.

Durante el ingreso en la Unidad de agudos en estados de elevada ansiedad ha llegado a arrancarse las uñas de los pies negando dolor o molestias. Socialmente se mantiene aislado, abandonando su equipo, con absentismo académico, sin actividades de ocio e incapacidad para resolver conflictos con iguales. Persisten los sentimientos de inferioridad, baja autoestima y minusvalía. Hay una reducción de las sensaciones cenestésicas, aunque contenidas, los rasgos de neuroticismo están en primer plano, no ha

mostrado pensamiento desorganizado ni alteración de la cognición, aunque sí un empobrecimiento social y una pérdida de seguridad en sus capacidades cognitivas, y las alucinosis auditivas están presentes condicionando y limitando totalmente su vida. Pero sin que se pueda concluir en una estructura psicótica clara ya que la edad del paciente, la evolución de los síntomas y el tratamiento serán claves para el progreso hacia una posible cronicidad neurótica o a una patología psicótica.

Durante los ingresos, se han trabajado estrategias dirigidas al manejo del malestar y control conductual, identificando factores protectores del paciente como el ámbito deportivo o académico y refuerzo de vínculos familiares evitando el ensañamiento terapéutico.

DISCUSIÓN

Aunque las alucinosis en población infantil y juvenil suelen ser transitorias, pueden generar una elevada angustia. Resulta esencial realizar un correcto diagnóstico diferencial de las mismas en

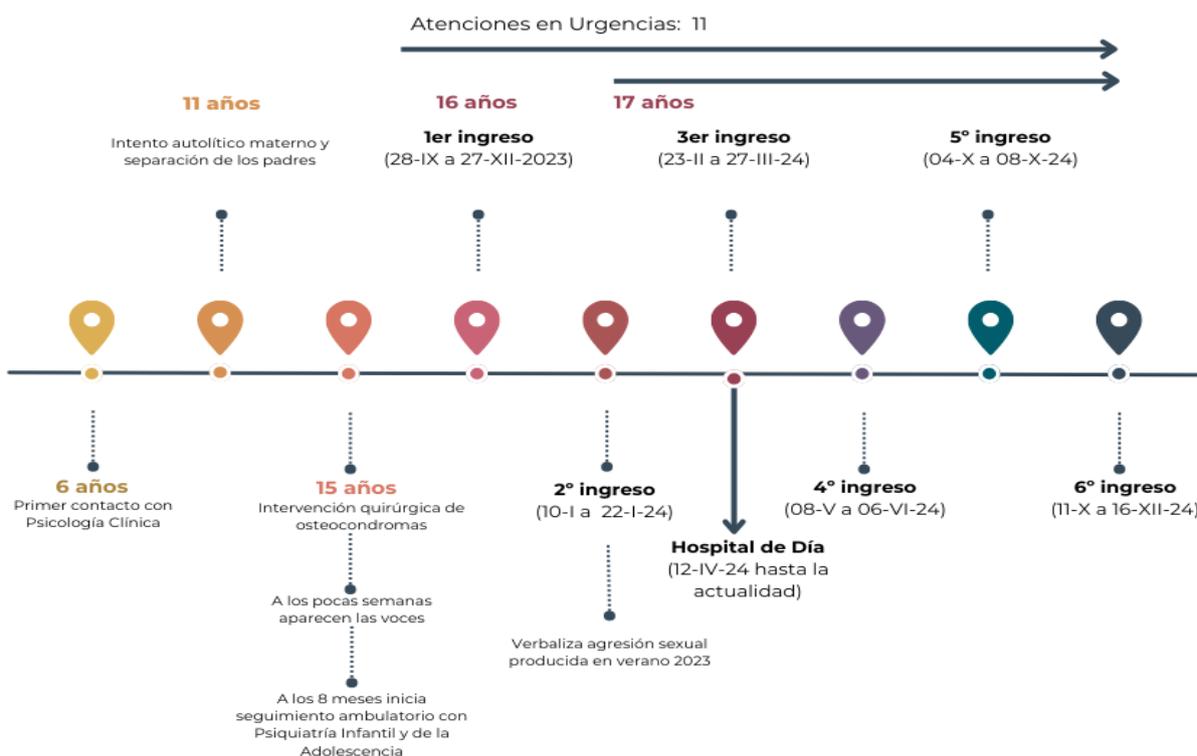


Figura 2. Cronología del caso clínico

esta población por el impacto, la vulnerabilidad y la variabilidad de los síntomas (1).

El caso clínico refleja la dualidad de las alteraciones perceptivas, presentes en distintas patologías, lo que subraya la necesidad de un diagnóstico diferencial cuidadoso entre síntomas neuróticos y psicóticos (ver [Tabla 1](#)).

El diagnóstico diferencial debe iniciar con trastornos orgánicos, como las migrañas, más comúnmente asociadas a auras visuales presentes en el paciente como antecedente en la infancia, los trastornos convulsivos, las neoplasias malignas, en este caso presentó a los 16 años un tumor benigno (ostecondroma), la encefalitis y el lupus; la patología tiroidea, la patología renal, las alteraciones de los iones y las infecciones (20). Asimismo, deben considerarse los trastornos afectivos, de ansiedad, conductuales y adaptativos, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), los trastornos de personalidad como trastorno de personalidad límite (TLP) y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) muy presente al haber vivido una circunstancia adversa en la infancia en forma de enfermedad relevante precisando intervención quirúrgica, presenciar un intento autolítico materno y

la agresión sexual sufrida siendo menor. Se añadirían los trastornos con características psicóticas dado que las alucinosis auditivas persisten, aunque contenidas junto con sensaciones somatoestésicas y finalmente, las causas iatrogénicas como los efectos secundarios de tratamientos anestésicos (2).

En la adolescencia, estos fenómenos suelen ser más indicativos de psicopatología que en la infancia. En el caso presentado aparecen a los 16 años lo que constituye un factor de riesgo por su asociación con el uso de sustancias, aunque no fue el caso en este paciente, según analíticas repetidas en urgencias. Sustancias como el cannabis, los alucinógenos (LSD), las anfetaminas y la cocaína pueden inducir alteraciones perceptivas de diversa intensidad, incluso en ausencia de un trastorno psicótico estructurado (21,22). En la adolescencia, el sistema nervioso central aún está en maduración, lo que incrementa la vulnerabilidad a los efectos neurotóxicos y psicodélicos de estas sustancias. Además, el consumo precoz y persistente se ha asociado aumento de riesgo de suicidio, a una mayor probabilidad de aparición de síntomas psicóticos subclínicos y a un peor pronóstico

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la sintomatología presentada

Síntomas Neuróticos (Afectivo/Obsesivo/ Alimentario)	Disociativo/Traumático	Síntomas Psicóticos
Rumiación del pensamiento y sonoridad de este	Posibles imágenes intrusivas/parásitas	Posibles alucinaciones auditivas imperativas
Juicio de realidad conservado	Reminiscencias y evocaciones	Alucinaciones somatoestésicas y cenestésicas
Alucinosis	Vivencias de abandono	Autolesiones graves
Elevada ansiedad anticipatoria	Traumas infantiles	Susceptibilidad y vivencias de perjuicio
Sugestionabilidad y respuesta a placebo	Experimentaciones sexuales inapropiadas	Antecedentes familiares, carga genética
Baja autoestima con sentimientos de minusvalía	Agresión sexual/Violación	Disgregación psíquica/fragmentación
Sentimientos de desesperanza	Enfermedad relevante en la infancia	Aislamiento social
Inestabilidad emocional y ánimo bajo	Amnesias	Abandono académico
Aislamiento social	Alteración de la conciencia	
Inadecuada gestión de conflictos/ interpretaciones	Despersonalización	
Ideas de muerte	Desrealización	
Rumiaciones obsesivas y pensamientos intrusivos	Poca resonancia emocional	
Restricción alimentaria y conductas purgativas (vómitos)	Embotamiento afectivo	
Vivencia negativa del cuerpo	Inestabilidad/fragilidad	
Temor a ganancia ponderal	Sentimientos de culpa	
	Alucinosis	

34

funcional a largo plazo, especialmente cuando existen factores predisponentes como antecedentes familiares de psicosis o trauma temprano (2,23,24).

En nuestro paciente se ha descartado como causa un proceso orgánico al no objetivarse alteración en las pruebas clínicas, tóxicos negativos y un proceso iatrogénico, por la posible relación con la anestesia de la cirugía realizada 6 meses antes de comenzar la sintomatología en este caso descartada al realizarse con midazolam 2 mg y propofol 150 mg. Otros anestésicos tienen efectos psicoactivos e inducen estados de alteración de la conciencia que pueden incluir la alucinosis como la ketamina, un anestésico disociativo que actúa bloqueando los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato) en el cerebro, lo que puede interferir en la transmisión normal de señales neuronales y provocar distorsiones en la percepción, memoria y cognición (25). Esto puede dar lugar a alteraciones de la percepción y delirium postoperatorio, especialmente en dosis altas o en pacientes susceptibles. Otros agentes como el óxido nítrico que tiene un efecto sedante y analgésico sobre el sistema nervioso central, o el desflurano y el sevoflurano tienen un perfil de efectos secundarios que pueden inducir alucinaciones en ciertos individuos (26). Normalmente, estos fenómenos se observan en el período de recuperación postoperatoria, es decir, limitados en el tiempo. No es el caso del paciente ya que observamos una evolución de los síntomas de más de dos años.

Otro aspecto relevante es la carga genética, dado el antecedente materno de trastorno mental grave. También debe evaluarse el entorno social y cultural, la percepción de las alucinosis como reales, y su impacto en los pensamientos, emociones y conductas del paciente (11).

La personalidad introvertida del menor es relevante, siendo una persona fría, interpersonalmente indiferente, emocionalmente impasible con distanciamiento afectivo, con escasa respuesta a estímulos emocionales y sociales que tiene pocas relaciones y tiende al aislamiento que se ha ido agravando conforme crecía el paciente. También se revelan rasgos disfuncionales con tendencia límite, reflejado en la ambivalencia de sus síntomas, conductas impredecibles como las autoingestas medicamentosas tras atenciones continuadas

recibidas y autolesiones por baja tolerancia a la frustración llegando a ser autosaboteador de sus oportunidades (centro escolar, equipo de Jugger). Su personalidad refleja una infravaloración de sí mismo, con baja autoestima y una percepción negativa de su cuerpo, realizando conductas purgativas y sintiendo asco de sí mismo.

Durante su seguimiento en la infancia, se identifica una dificultad para mantener relaciones adecuadas con los diferentes profesionales que le han atendido y sus familiares lo que podría sugerir un trastorno del vínculo, también reflejado en el test de personalidad por la actitud desmerecedora, inseguridad y focalización en sus carencias. Este trastorno del vínculo se refleja en la relación dual que mantiene con la figura materna identificándose con ella llegando a confundir los roles ejerciendo en ocasiones como cuidador principal de ella incluso adoptando un papel protector (27). Este tipo de relaciones familiares y los problemas de salud mental maternos no favorecen una adecuada función reflexiva parental (FRP), definida como la capacidad de los padres para identificar los estados emocionales de su hijo y de sí mismos, poniendo palabras a estas emociones y respondiendo de forma contingente y adecuada a ellas. Una adecuada FRP se asocia con un vínculo de apego seguro y con el desarrollo de la capacidad de mentalización y de autorregulación emocional en el hijo (28,29).

Si se ha podido interiorizar en la infancia una experiencia relacional positiva, en la que sus emociones han sido entendidas y tenidas en cuenta (apego seguro) se va a poder desarrollar la capacidad de mentalización y utilizarla en momentos de tensión actuando esta capacidad como un factor protector frente a la psicopatología. Al contrario, dificultades en la FRP identificables en el paciente se asocian con un estilo de apego inseguro, reflejado en las complicaciones para regular sus propias emociones (27). El paciente no entiende su propia conducta: “¿Por qué me autolesiono?, ¿Qué me produce malestar?” ni la de los otros “¿Por qué no pude elegir vivir con mi padre cuando tenía otra pareja?, ¿Por qué los demás me rechazan?” afectando estos aspectos a su autoimagen, habilidades sociales y a las relaciones vinculares que establece. Asimismo, parecen haberse presentado

manifestaciones propias de un trauma relacional con vivencias en el menor de que sus necesidades afectivas no han sido atendidas o entendidas con el efecto que ello supone a la hora de establecer relaciones de confianza y el temor a la reexperimentación de estas vivencias relacionales (12).

La clínica constante de ánimo depresivo con tristeza, desánimo, pensamientos negativos y desesperanza, apatía y falta de auto cuidado junto con la tendencia suicida como opción viable para poner fin a su dolor y sufrimiento se relacionan con rasgos de personalidad neurótica. A su vez, incrementan el riesgo desarrollar un trastorno depresivo, elevada ansiedad y estrés considerándose un factor de vulnerabilidad psicobiológica para el futuro. En el constructo de personalidad en ocasiones existe una disrupción de la realidad donde la personalidad neurótica puede aumentar la probabilidad de experiencias psicóticas y por tanto la probabilidad de alucinosis (30).

La presencia de alteraciones de la percepción en los trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor y la depresión psicótica se relacionan con un estado de inestabilidad emocional presente en el menor ya que ha tenido un elevado estado de ansiedad, momentos de estrés agudo, estado de disociación, quejas mnésicas, visiones distorsionadas, distorsión del tiempo y sensación de irrealidad relacionada con la desconexión emocional y la alteración de la conciencia o la memoria presente en el paciente cuando se autolesiona en forma de quemaduras o arañazos y no lo recuerda ni es consciente (11,24).

Podría tratarse de una psicosis de inicio temprano (PIT), al ser menor de 18 años y el origen multifactorial (factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales) pero el menor no ha presentado sintomatología prodrómica como enlentecimiento psicomotor, discurso incoherente o alteración del curso o contenido del pensamiento con delirios, que apoyarían el diagnóstico de trastorno mental grave. Adicionalmente, los síntomas no condujeron a episodios de agresividad, pero afectaron al funcionamiento global del paciente reflejado el aislamiento con limitación de los contactos sociales y abandono académico (11-13).

También se ha planteado el diagnóstico de experiencia pseudopsicótica (PLEs) ya que presenta alucinosis sin cumplir criterios diagnósticos necesarios de un trastorno psiquiátrico y pueden representar una comorbilidad psiquiátrica o una manifestación severa del ánimo en la infancia (31,32). Percibe voces que generan angustia existiendo una relación congruente entre el estado depresivo del individuo, sus sentimientos de desesperanza, inutilidad y culpa y el contenido negativo de las voces, las cuales suelen ser despectivas, ya que estas le critican o le reprochan.

Una historia de trauma o abuso constituye un factor de riesgo de trastornos mentales graves y estados de alto riesgo de psicosis, así como factor de riesgo de suicidio en la adolescencia. Se trata de experiencias que han causado importantes daños en la organización de la esfera emocional, afectando la capacidad de modular las emociones, la capacidad de dar sentido a la propia experiencia emocional y las capacidades de mentalización, es decir, la estructura de identidad aparece desorganizada por la ruptura de la organización psíquica primaria. Existe una relación entre las adversidades sufridas en la infancia de los adolescentes y el hecho de que sus progenitores también sufrieran adversidades en su propia infancia, no presentes en este caso, pero reflejando una dinámica disfuncional reiterativa (9,12).

Son experiencias extremadamente comunes en el trastorno mental grave donde pueden manifestarse las alucinosis auditivas y puede ser el origen de la sintomatología delirante, sensaciones cenestésicas, hipocondría, estados oneiroides, angustia y estupor, fases de despersonalización y desrealización, dualidad de personalidades, flashbacks y alteraciones de la sensibilidad. Existe evidencia sobre el hecho que las personas que han sufrido adversidades en la infancia suelen ser reticentes a revelar sus historias de abuso y/o maltrato como el caso de nuestro paciente expresándolo a partir del segundo ingreso hospitalario. El número de eventos traumáticos sufridos se relaciona con la gravedad de los síntomas presentes como los síntomas positivos, los afectivos y de funcionalidad de la persona. Otro estudio realizado a pacientes psicóticos españoles señala que aproximadamente el 40% había sufrido al menos

36

una experiencia traumática en la niñez. Además, aquellos pacientes que presentaban alucinaciones, alucinosis e ilusiones también obtuvieron una puntuación más alta en la escala de disociación. Por ello debemos señalar la importancia de la detección de la exposición al trauma entre los jóvenes con esta sintomatología (9,12,33).

La sonoridad del pensamiento engloba los procesos mentales y cognitivos intentando explicar cómo se manifiestan en la mente o cómo pueden ser representados de manera “sonora”. Describe cómo los pensamientos internos o silenciosos pueden ser descritos incluyendo un diálogo interior y un monólogo interno como “voces” generando autoconciencia, razonamiento y reflexión. Se relaciona con procesos cognitivos ya que el lenguaje interno permite organización, memoria de trabajo, resolución de problemas y la toma de decisiones. El pensamiento sonoro es particularmente significativo en la niñez y adolescencia por la etapa de desarrollo cognitivo y emocional en la que se encuentran influyendo en la formación de la identidad además de las capacidades de razonamiento y reflexión. La neurociencia relaciona este fenómeno con áreas cerebrales como la corteza prefrontal y las regiones auditivas que se activan cuando tiene lugar el monólogo interno relacionando la calidad de este monólogo con el bienestar emocional del menor, la autoestima y el autoconcepto (3). En este contexto, un factor importante es el tipo de relación que la persona mantiene con sus voces, el entorno cultural y la aceptación de este fenómeno (1,10).

Por los datos aportados en diferentes investigaciones, las personas que perciben voces no se muestran indiferentes a ellas, sino que reaccionan ante estas experiencias de forma activa conductual, emocional y cognitivamente. Generalmente están basadas en la subordinación del sujeto hacia las voces, constatándose que este tipo de relación es el reflejo de esquemas previos de relación social en su entorno. Suelen pensar sobre sus voces, el poder que ejercen sobre ellos, cuál es su origen y qué sentido tienen en sus vidas. Integran las voces en su rutina llegando a tener relaciones interpersonales variables según las emociones que les provoquen, igual que una persona puede aprender nuevas formas de interactuar con su

entorno no es descabellado plantear que modifique la relación con sus voces. Existe una relación circular en el mantenimiento de las voces donde la ansiedad juega un papel muy importante, cuando son interpretadas como amenazantes provocan ansiedad e irritabilidad, y esto a su vez, retroalimenta su aparición y mantenimiento. Esto está presente en nuestro caso, cuando la elevada ansiedad y estado de irritabilidad por la consciencia de las voces ha precipitado ingresos o ideas de muerte. También han existido periodos en los que las voces han pasado desapercibidas sin ninguna repercusión. En este aspecto, se puede concluir que la relación social con las voces constituye una función adaptiva y se ha señalado que las estrategias basadas en la aceptación y no en la confrontación con las voces pueden ser un recurso útil y eficaz para estos pacientes (9).

Finalmente, Schreier (34) concluye que estas alteraciones de la percepción tienen un impacto limitado en el pronóstico siendo más predecible por la clínica global del cuadro sosteniendo que el pronóstico a corto plazo de las alucinosis y alucinaciones es favorable cuando los factores estresantes que las han precipitado se comprenden y abordan eficazmente llegando a ser consideradas como parte del desarrollo.

CONCLUSIONES

Aunque las alucinosis son un fenómeno relativamente frecuente en los niños y jóvenes, y por lo general, de carácter transitorio y benigno, la etapa de desarrollo en la que se encuentren, los estigmas sociales, las clasificaciones históricas tradicionalmente aceptadas, así como la complejidad del diagnóstico pueden dificultar que reciban una atención adecuada cuando inician su seguimiento en salud mental. Este fenómeno puede generar angustia significativa, limitar la vida cotidiana, y si no se trata adecuadamente, puede estar asociado a comorbilidades y mayor riesgo de suicidio. En el caso del paciente aquí descrito tanto la ausencia de un diagnóstico diferencial preciso como de su pronóstico poco claro, van a condicionar un seguimiento crónico y la implementación de múltiples tratamientos farmacológicos cuya eficacia será necesario revisar a la luz de la evolución del caso. Dada la persistencia

y complejidad de los síntomas, precisará, además, de un enfoque integral de los profesionales y de los recursos implicados en su cuidado, incluidos los comunitarios, rehabilitadores o de larga estancia.

AGRADECIMIENTOS

A todos los autores y colaboradores.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

No existen conflictos de interés. Este artículo expone los resultados de la investigación “*Las alucinosis entre la neurosis y la psicosis, a propósito de un caso*” avalada por el Comité de Ética de investigación con medicamentos (CEIm) de las áreas de salud de Valladolid en abril de 2025, con código de aprobación PI-25-253. Los autores se comprometen a cumplir con los lineamientos y requisitos internacionales, nacionales e institucionales para los estudios practicados en humanos.

CONTRIBUCIONES

Conceptualización, curación de datos, administración de proyectos, escritura – revisión y edición: María Cristina Herrero Rodríguez, Carlos Imaz Roncero. **Análisis formal, investigación, escritura – borrador original:** María Cristina Herrero Rodríguez. **Recursos, visualización:** María Cristina Herrero Rodríguez, Carlos Imaz Roncero, Mónica Avellón Calvo y Laura Molina Areses. **Supervisión, validación:** Carlos Imaz Roncero y Mónica Avellón Calvo.

REFERENCIAS

1. Gilleland J, Suveg C, Jacob ML, Thomassin K. Understanding the medically unexplained: emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child Care Health Dev.* 2009 May; 35(3): 383-90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00950.x>
2. Maijer K, Hayward M, Fernyhough C, Calkins ME, Debbané M, Jardri R, Kelleher I, Raballo A, Rammou A, Scott JG, Shinn AK, Steenhuis LA, Wolf DH, Bartels-Velthuis AA. Hallucinations in Children and Adolescents: An Updated Review and Practical Recommendations for Clinicians. *Schizophr Bull.* 2019 Feb 1;45(Suppl 1): S5-S23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby119>
3. Casey PR, Kelly B. *Fish's clinical psychopathology: signs and symptoms in psychiatry.* 3rd ed. London: Royal College of Psychiatrists; 2007.
4. Garakani A. Commentary: Diagnostic Challenges. *J Psychiatr Pract.* 2022 May 1;28(3):270-271. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000630>
5. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(Suppl 6): 5-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15104521/>
6. Jardri R, Bartels-Velthuis AA, Debbané M, Jenner JA, Kelleher I, Dauvilliers Y, Plazzi G, Demeulemeester M, David CN, Rapoport J, Dobbelaere D, Escher S, Fernyhough C. From phenomenology to neurophysiological understanding of hallucinations in children and adolescents. *Schizophr Bull.* 2014 Jul;40 Suppl 4(Suppl 4): S221-32. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu029>
7. Kelleher I, Cannon M. Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med.* 2011 Jan;41(1): 1-6. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001005>
8. Thakur T, Gupta V. Auditory Hallucinations. 2023 Feb 13. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
9. Longden E, Madill A, Waterman MG. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychol Bull.* 2012 Jan;138(1): 28-76. <https://doi.org/10.1037/a0025995>
10. So SH, Begemann MJ, Gong X, Sommer IE. Relationship between neuroticism, childhood trauma and cognitive-affective responses to auditory verbal hallucinations. *Sci Rep.* 2016 Oct 4;6: 34401. <https://doi.org/10.1038/srep34401>

11. Edelson GA. Hallucinations in children and adolescents: considerations in the emergency setting. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5): 781-5. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.781>
12. Perona-Garcelan S, Garcia-Montes JM, Cuevas-Yust C, Perez-Alvarez M, Ductor-Recuerda MJ, Salas-Azcona R, Gomez-Gomez MT. A preliminary exploration of trauma, dissociation, and positive psychotic symptoms in a Spanish sample. *J Trauma Dissociation*. 2010;11(3): 284-92. <https://doi.org/10.1080/15299731003786462>
13. Martín Gutiérrez R, González B. Las psicosis de inicio temprano: una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2016;33(4): 458-68. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v33n4a2>
14. Camerini BA, Baker KK, Gadelha A, Margolis RL. Hearing Voices and Seeing Things: Symptoms of Anxiety Misconstrued as Evidence of Schizophrenia in an Adolescent. *J Psychiatr Pract*. 2021 May 5;27(3): 232-8. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000547>
15. Hinterbuchinger B, Mossaheb N. Psychotic-Like Experiences: A Challenge in Definition and Assessment. *Front Psychiatry*. 2021 Mar 29;12: 582392. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.582392>
16. Karcher NR, Loewy RL, Savill M, Avenevoli S, Huber RS, Makowski C, Sher KJ, Barch DM. Persistent and distressing psychotic-like experiences using adolescent brain cognitive developmentSM study data. *Mol Psychiatry*. 2022 Mar;27(3): 1490-501. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01373-x>
17. Sharp C, Rossouw T. Mentalization-Based Treatment for Adolescents (MBT-A). *Psychodyn Psychiatry*. 2024 Dec;52(4): 542-62. <https://doi.org/10.1521/pdps.2024.52.4.542>
18. Dangerfield M. Working with at-risk mental states in adolescence. En: Rossouw T, Wiwe M, Vrouva I, editores. *Mentalization-Based Treatment for Adolescents: A Practical Treatment Guide*. 1st ed. London: Routledge; 2021. p. 15. <https://doi.org/10.4324/9780429323928>
19. Mizen CS. The Self and alien self in psyche and soma. *J Anal Psychol*. 2022 Jun;67(3): 774-95. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12819>
20. Eggers C. Die akute optische Halluzinose im Kindesalter. Klinische, differentialtypologische, neurophysiologische und entwicklungspsychologische Aspekte [The acute visual hallucinosis in infancy. Clinical, neurophysiological and psychodevelopmental aspects and differential typology (author's transl)]. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb*. 1975 Sep;43(9): 441-70.
21. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184: 110-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.110>
22. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002 Aug 15;156(4): 319-27. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf043>
23. Lubman DI, Yücel M, Hall WD. Substance use and the adolescent brain: a toxic combination? *J Psychopharmacol*. 2007 Nov;21(8): 792-4. <https://doi.org/10.1177/0269881107078309>
24. Garralda ME. Psychotic children with hallucinations. *Br J Psychiatry*. 1984 Jul;145: 74-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.145.1.74>
25. Son Y. Molecular mechanisms of general anesthesia. *Korean J Anesthesiol*. 2010 Jul;59(1): 3-8. <https://doi.org/10.4097/kjae.2010.59.1.3>
26. Fine J, Finestone SC. Sensory disturbances following ketamine anesthesia: recurrent hallucinations. *Anesth Analg*. 1973 May-Jun;52(3): 428-30

27. Slade A, Holmes J. Attachment and psychotherapy. *Curr Opin Psychol*. 2019 Feb;25: 152-6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.06.008>
28. Stuhmann LY, Göbel A, Bindt C, Mudra S. Parental Reflective Functioning and Its Association with Parenting Behaviors in Infancy and Early Childhood: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2022 Mar 3;13: 765312. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.765312>
29. León MJ, Olhaberry M. Triadic interactions, parental reflective functioning, and early social-emotional difficulties. *Infant Ment Health J*. 2020 Jul;41(4): 431-44. <https://doi.org/10.1002/imhj.21844>
30. Goodwin RD, Fergusson DM, Horwood LJ. Neuroticism in adolescence and psychotic symptoms in adulthood. *Psychol Med*. 2003 Aug;33(6): 1089-97. <https://doi.org/10.1017/s0033291703007888>
31. Antosz-Rekucka R. The sense of coherence in healthy individuals with psychotic-like experiences. *Postep Psychiatr Neurol*. 2021 Dec;30(4): 231-42. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111921>
32. Wiltink S, Nelson B, Velthorst E, Wigman JTW, Lin A, Baksheev G, et al. The relationship between personality traits and psychotic like experiences in a large non-clinical adolescent sample. *Personality Individ Differ*. 2015;73: 92-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.030>
33. Loewy RL, Corey S, Amirfathi F, Dabit S, Fulford D, Pearson R, Hua JPY, Schlosser D, Stuart BK, Mathalon DH, Vinogradov S. Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res*. 2019 Mar;205: 10-4. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.05.003>
34. Schreier HA. Hallucinations in nonpsychotic children: more common than we think? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 May;38(5): 623-5. <https://doi.org/10.1097/00004583-199905000-00028>

Mara Parellada Redondo 

1. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IiSGM, CIBERSAM. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Mara Parellada Redondo
Correo: parellada@hggm.es

Autismo y Neurodivergencia. What is in a name?

HISTORIA BREVE DE UN CONCEPTO

En griego, “autos” significa propio, uno mismo, y “ismo” da cuenta de una doctrina, escuela o movimiento.

La primera vez que se utiliza de forma generalizada el término autismo en psiquiatría fue cuando Bleuler, en 1911, dio nombre a un síntoma frecuente en la esquizofrenia consistente en la retracción del mundo social hacia el mundo interno en personas previamente conectadas socialmente con lo exterior (1). El síntoma autismo implicaba un mundo interno instalado en la fantasía, con alucinaciones y delirios. En ese uso se mantuvo el término hasta los años 70 del siglo XX, momento en que la clasificación americana de trastornos mentales, en su versión DSM-III de 1980 (2) diferenció los cuadros clínicos de niños que presentaban desconexión con el mundo social desde la infancia, a los que se dio el término “Trastornos Generalizados del Desarrollo”, TGD, incluyendo el autismo como uno de ellos, de los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, en los que dejó de referirse a autismo como uno de sus síntomas. Este nuevo concepto, TGD, se consensuó tras los resultados de estudios comparativos de autismo y esquizofrenia y en su incorporación fue fundamental la figura de Michael Rutter.

En el campo de la psiquiatría infantil, en el primer tercio del siglo XX, las primeras referencias conocidas a niños que posteriormente se han denominado autistas están en los libros de una psiquiatra infantil ruso-ucraniana, Grunya Sukhareva, quien, en su publicación de 1925 “*Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter*” describió a unos niños retraídos del mundo social que denominó esquizoides. Eran niños

con gran disfuncionalidad, atendidos en los centros médico-pedagógicos donde ella trabajaba (3).

Leo Kanner, en 1943, en Nueva York, identificó a 11 niños, diagnosticados previamente de esquizofrenia infantil, como diferentes de otros niños psicóticos que atendía en su clínica. Señaló que eran niños con una inhabilidad esencial, desde el nacimiento, para la interacción social. Escribió que estos niños ignoraban, desdeñaban, rechazaban el mundo exterior, no utilizaban el yo e incluso a menudo no utilizaban el lenguaje. Se refirió a ellos como niños con alteraciones autísticas del contacto afectivo (4).

Hans Asperger, en 1944, eligió el término psicopatía (léase, por cuestión conceptual generalmente admitida, “Trastorno de la personalidad”) autista para denominar a los adolescentes que atendía en escuelas para niños *diferentes*, cuya diferencia fundamental con la mayoría de los demás niños estaba en tener graves dificultades de integración social (lo que, en muchos casos, ensombrecía todo lo demás, sic) (5). Lorna Wing, tras la traducción de uno de los artículos fundamentales de Asperger en 1981, empezó a denominar el cuadro clínico de estos niños como síndrome o trastorno de Asperger.

Sukhareva y Asperger escribieron en ruso y alemán, respectivamente, y sus trabajos tardaron más tiempo en conocerse que los de Kanner. Por ello, en el mundo de los expertos clínicos en autismo se fue imponiendo esta terminología, autismo, para referirse a niños con dificultades innatas en la interacción social.

Las distintas clasificaciones psiquiátricas han ido incorporando los distintos términos para referirse a estos niños necesitados de atención clínica y educativa

específica por sus dificultades relacionales. La primera versión de las clasificaciones americanas modernas (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) o DSM-I, de 1952 (6), incluía las “reacciones psicóticas en niños, manifestadas primariamente como *autismo*”, dentro de la “Reacción esquizofrénica, tipo infantil”, y establecía que podían ser causa de retraso mental. En 1968, el DSM-II (7) continuaba incluyendo dentro de la “Esquizofrenia, tipo infantil” que “la condición puede manifestarse como comportamiento autista, atípico, retraído; falla en el desarrollo de la identidad separado de la madre; gran disarmonía, inmadurez e inadecuación del desarrollo”. También decía que podía ser causa de retraso mental, y señalaba que en la nosología de la Organización Mundial de la Salud, OMS (Clasificación Internacional de Enfermedades, entonces CIE-8), esta categoría no aparecía. El DSM-III (1980) (2), ya influenciado por el conocimiento de los trabajos de Kanner, Asperger y otros y por los estudios epidemiológicos de Michael Rutter e Isaac Kolvin fundamentalmente, introdujo una categoría nueva, más aséptica, puramente descriptiva “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD), que incluía el autismo, los trastornos de Asperger y otros TGD menos especificados. Se enfatizó que era un grupo de trastornos diferente de los trastornos psicóticos (por su epidemiología, antecedentes familiares y neurobiología) y se señaló la importancia de unificar terminologías que se utilizaban de manera diferente en distintos lugares del mundo (por ejemplo, esquizofrenia y autismo infantil en Estados Unidos, y psicosis infantil en Europa y otros países de influencia más psicodinámica). Por ello, se señaló en el DSM-III, la categoría TGD “debía incluir niños que se habían descrito como esquizofrenia infantil, psicosis infantil, niños atípicos o psicosis simbiótica” (8). Hasta ese momento, el término autismo se utilizaba en el ámbito clínico de dos maneras fundamentales y diferenciadas. Por un lado, estaba la corriente de las clasificaciones DSM y CIE, más influenciadas por una aproximación científica a la psiquiatría, descriptiva, y *naive* respecto a la etiología de los trastornos. Por otro, una corriente más psicogenética de la patología, originada desde el mundo relacional, con representantes conocidos coetáneos a Kanner (como Mahler, en Nueva York) y otros de tradición europea (como Klein, en Londres),

que consideraban el autismo como organizaciones del psiquismo reactivas a conflictos irresolubles en las relaciones tempranas. De hecho, el propio Kanner apuntaba a una etiología derivada de la frialdad de las madres de los niños autistas. Por supuesto, había también conceptualizaciones más moderadas, eclécticas o integradoras, como la adoptada por Ajuriaguerra (9), que clasificaba los trastornos mentales infantiles con grave afectación social como psicosis del desarrollo o infantil (incluyendo el autismo y la psicosis simbiótica), la psicosis de la etapa de latencia (esquizofrenia infantil) y las formas de transición, enfatizando que solo las particularidades relacionales eran insuficientes para explicar el desarrollo de un trastorno tan grave.

La OMS, en paralelo, iba publicando su clasificación de enfermedades con muchos aspectos comunes a los de la DSM, pero algunos diferenciales. Las CIE-8 (1969), CIE-9 (1978) y CIE-10 (1990) (Organización Mundial de la Salud, 1969, 1978, 1990) (10, 11, 12) también incorporaron el concepto Trastornos Generalizados del Desarrollo. Estas versiones de la CIE mantuvieron una referencia a una conceptualización dimensional del autismo (como los trastornos de la personalidad o forma de ser, en la tradición de Sukhareva o Asperger, explicitando en la CIE-9 que el Trastorno de Asperger incluía el Trastorno o personalidad esquizoide de la infancia).

El DSM-IV en 1994 y el DSM-IV-TR en 2000 siguieron incluyendo el capítulo denominado “Trastornos Generalizados del Desarrollo” y especificaron algunos subtipos: Autismo, Autismo de alto funcionamiento, Asperger, Autismo atípico, y otros”. La última versión del DSM, la 5 (2013), y de la CIE (CIE-11, 2018) (13, 14) se hacen eco de los trabajos de Lorna Wing, Tony Attwood y otros, que enfatizan el aspecto dimensional y no categórico de la realidad autista y habían ido influenciando que en el campo profesional se hablara de forma progresiva de espectro del autismo más que de TGD. La nueva denominación en la DSM-5 fue “Trastornos del Espectro Autista” y se decidió que se aplicara a personas con dificultades en la comunicación no verbal, en la interacción social recíproca, en la capacidad para establecer y mantener relaciones sociales y que presentaran además patrones de comportamiento e intereses y/o procesamiento sensorial inflexibles, específicos o peculiares, todo

ello siempre que condicionara una disfuncionalidad o sufrimiento significativos. La CIE-11 siguió la misma perspectiva.

Fuera del ámbito profesional clínico, de la mano de las autobiografías de personas (autistas) célebres, exitosas profesionalmente, como Temple Grandin o Donna Williams, se empezó a visibilizar la existencia de personas diferentes a la mayoría en su modo de relación con los demás, pero sin la gran discapacidad o repercusión funcional asociada, que parecía implícita en el término autista de la nosología psiquiátrica. Estas personas decidieron auto-representarse y enfatizar los aspectos positivos y potencialmente contribuyentes en la sociedad a una diversidad funcional muy deseable, la de las mentes autistas. En la última versión del DSM, la 5-TR (2022), se aborda por primera vez el espectro autista en mujeres, aceptando, desde el ámbito profesional consensuado, la existencia de muchas mujeres con autismo, sin discapacidad intelectual, exitosas profesionalmente en muchas ocasiones, tardíamente diagnosticadas y cuya presentación inicial o aparente es diferente de la de los autistas varones.

Hasta este momento, todas las clasificaciones han señalado como nucleares o definitorios de autismo las alteraciones en la comunicación no verbal y en la función social, en la “gravitación hacia los otros” que diría Rita Jones (comunicación personal de Ricardo Canal); el ser capaz de reconocer, comprender y manejarse en el mundo social (distinto intrínsecamente al mundo natural, físico).

NEURODIVERGENCIA

El contexto histórico-social del postmodernismo del último tercio del siglo XX lleva al cuestionamiento de todo orden establecido, establece que no hay verdades absolutas, sino que todo depende de la perspectiva y el contexto, combate para deconstruir las categorías existentes en todos los ámbitos, enfatiza la fluidez de la identidad y cuestiona la validez del método científico como principal fuente de conceptualización de muchos aspectos del mundo. Aparecen corrientes de aproximación a muchos aspectos de la vida caracterizadas por la deconstrucción de toda aproximación epistemológica previa.

Se utilizan términos como “*liquid times*” (15), fluidez, aplicados a todas las disciplinas y ámbitos de la vida y se actualiza el debate entre las aproximaciones categóricas o dimensionales a la psicopatología en general y la nosología de las enfermedades mentales en particular. En este contexto se exalta la identidad individual diferenciada de la identidad normativa y miembros de diferentes grupos categorizados como disfuncionales (incluido el autismo) enarbolan la supuesta disfuncionalidad como una identidad igualmente válida que otras identidades más habituales. La identidad se convierte en un área fundamental de debate en el ámbito del autismo. La incorporación del concepto “Trastorno del Espectro Autista” a la nosología había sido inicialmente muy celebrado, y fue adoptado rápidamente por todos los estamentos técnicos que se dedicaban a cuidar, atender e investigar sobre personas con este tipo de dificultades. Apelaba a una perspectiva inclusiva, de reconocimiento de una gran diversidad dentro del autismo. La ampliación progresiva del espectro, que por propia definición no tiene límites naturales (con una identificación creciente de personas con menos dificultades, o menos aparentes), ha ido llevando al inevitable momento de choque con una realidad compleja obligada a la toma de decisiones categóricas, planteándose cuestiones como por ejemplo cuánto de autista tiene que ser alguien para ser sujeto de un apoyo o ventaja especial o un trato diferente, con más recursos, en el sistema educativo o laboral. Se cuestiona la realidad imperante de que solo si se reconoce una desventaja para el acceso a derechos esenciales (discapacidad) se puede legislar o normativizar una ayuda o una discriminación positiva (o medida de acción afirmativa, en su terminología más reciente).

Otros factores han ido operando en el desdibujamiento de la categoría Autismo. La globalización, que facilita la conexión entre los distantes es, probablemente, otro factor fundamental. Es a través de Internet y las redes sociales, como personas muy diferentes a la mayoría en cuanto a su forma de entender y aproximarse al mundo social, las personas minoritarias en su entorno más próximo, se han conocido y han conectado. La posibilidad de entrar en contacto con personas a mucha distancia

geográfica, y poderlo hacer con el tipo de relación que permiten las redes sociales, más centrada en la tarea, con menos vinculación personal, hace que personas que comparten un interés, una preocupación o una misión, puedan juntarse en una tarea común, establecer una relación y “hacer comunidad”. La relación online es por su propia naturaleza menos física, menos carnal, más epistolar, más basada en los aspectos intelectuales, racionales, en intereses compartidos. Judy Singer describe internet como “el dispositivo protésico” que junta a autistas aislados, inhábiles sociales, en un organismo colectivo social capaz de tener una voz social (16).

Es a esta socióloga australiana a quien se atribuye el acuñamiento del concepto de neurodiversidad, por su tesis doctoral publicada en 1997. En ese trabajo, Singer señaló que la verdadera importancia del concepto de espectro autista está en ser una llamada a y una anticipación de una política respecto de lo neurológicamente diferente o “neurodiversidad” (17). La neurodiversidad, dice, añade una nueva categoría política a las ya existentes de clase, género o raza y aumenta la introspección sobre el modelo social de discapacidad. Esta idea se dio a conocer de forma más amplia con un capítulo escrito en una serie de textos académicos sobre discapacidad, derechos humanos y sociedad publicado por la UK Open University Press, que se llamaba “*Why can't you be normal for once in your life? From a "problem" with no name to the emergence of a new category of difference*” (17).

Singer se interesó por estos temas a raíz del diagnóstico de su hija de síndrome de Asperger, lo que supuso su reconciliación con su propia madre, con la que había mantenido siempre una relación muy difícil. En el proceso de diagnóstico de su hija entendió que su madre era probablemente igual y parecida, seguramente en menor medida, a ella misma. En sus propias palabras, “la idea de neurodiversidad estaba ahí en el *Zeitgeist*, esperando a un vector humano para ser expresada; el concepto estaba listo para ser popularizado por una miríada de narrativas y debates” (16).

El movimiento social de la neurodiversidad, ubicado en un contexto post-post-moderno, fue incorporado a personas marginalizadas como

excéntricas o raras, que se sentían excluidas y mal tratadas en un mundo que mayoritariamente tenía un modo de relacionarse diferente de ellos. Estas personas, que sentían que tenían una conformación neurológica diferente, pero no defectuosa ni causada por una mala crianza, se empezaron a mover en el contexto de los derechos de la “discapacidad” para reivindicarse como alternativa válida a la neurotipicidad. Judy Singer y otros referentes iniciales de la neurodiversidad, se refería en todo momento a las personas con una “discapacidad en la comunicación social”, sin déficit intelectual, y que no entraban en las categorías administrativo-políticas de discapacidad física, intelectual o psiquiátrica. La perspectiva utilizada por ella se enmarcaba en el modelo social de discapacidad (en oposición al modelo médico), en que la experiencia de discapacidad se construye socialmente por las barreras de la sociedad, las actitudes negativas y las prácticas de exclusión. Su perspectiva defendía, por un lado, la identificación con una minoría neurológica, y por otro, el activismo, poniendo el foco en los derechos de las minorías más que en un problema médico. Aunque quizás el término neurodivergente ha sido el más popularizado, otros términos parecidos han representado el mismo movimiento de reivindicación de la validez de diferentes formas de comunicarse, de relacionarse con otras personas y el entorno en general, o de procesar la información. Un término que se propuso de forma contemporánea con el de neurodivergencia fue pluralidad neurológica (17), en un artículo que se publicó en el New York Times incluso antes que la tesis de Singer, aunque ella había escrito ya en su tesis el concepto neurodivergencia.

Durante los últimos veinte años, el activismo neurodivergente ha crecido de una forma exponencial, permitiendo tener una vivencia de comunidad a muchas personas previamente aisladas, rodeadas de neurotipicidad. Esta perspectiva, llena de sentido común en su origen, de ímpetu por la integración de los diferentes, de aceptación de la diversidad funcional y de la contestación del imperio de lo típico, en cuanto a frecuencia estadística, ha ido extendiéndose mucho más allá de sus motivos iniciales.

LOS PELIGROS

De la ampliación progresiva del concepto de neurodiversidad, inicialmente aplicado al reconocimiento de un espectro de capacidades neurológicas extenso sin connotación patológica, se está pasando en algunos ámbitos a una suerte de desdibujamiento de conceptos clínicos como Trastorno del Espectro Autista o de otros Trastornos del Neurodesarrollo (por ejemplo el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad). En los años 90, la identidad *Aspie* fue asumida por muchas personas con características autistas, sin discapacidad intelectual, con una connotación positiva, empoderada, poniendo énfasis en su connotación de identidad y en las virtudes y habilidades que conllevaban. De ahí la preferencia, mayoritaria en el mundo anglosajón, expresada por personas sin discapacidad, de la denominación “autista” frente a “con autismo” (preferencia no unificada a nivel global). El DSM-5, orientado como todas las clasificaciones de trastornos a sistematizar las condiciones que conllevan disfuncionalidad y/o sufrimiento significativos no incluyó el síndrome de Asperger de forma específica, sino que el grupo de expertos que consensuó su contenido prefirió hacer énfasis en la disfuncionalidad, para mantener la condición dentro de la nosología psiquiátrica. Sin embargo, sí incluyó el concepto espectro para dar cuenta de una diversidad de capacidades posibles dentro del concepto TEA. El creciente uso del concepto *Aspie* y posteriormente autista como una forma distinta de ser y estar en el mundo, de forma identitaria, ha generado un debate interesante, con repercusiones prácticas relevantes.

Una fracción de los autodenominados neurodivergentes, especialmente combativa, lucha por tener voz en todo lo relativo a su condición diversa; en el término preferido, en los apoyos que necesitan, en la financiación de proyectos de investigación o sociales encaminados a mejorar su calidad de vida y, en su forma más extrema, pretenden censurar todo aquello que no pase por su filtro de validación previa. Ahí es donde empieza a ser un movimiento cuestionable desde el ámbito clínico, porque el empoderamiento creciente de personas autodenominadas neurodivergentes ha

llegado a intentos de abarcar todas las realidades posibles como alternativas válidas a la normalidad, incluyendo a personas con altas necesidades de apoyo, sin autonomía alguna ni capacidad de comunicación verbal.

Esto ha generado preocupación y hasta alarma en varios aspectos. Por un lado, se cuestiona el autismo como diagnóstico, con una connotación patológica. Se ha llegado, por ejemplo, a plantear desde una gran plataforma como Autismo Europa una campaña de promoción de la calidad de vida de las personas autistas denominada el “*A happy journey through life*” (Autismo Europa, Cracovia, 2022). Este hecho concreto y otros parecidos se han asociado a una corriente de indignación por parte de madres, padres y clínicos que cuidan de personas con una gran discapacidad, con un lenguaje limitado o ausente, con altas necesidades de apoyo y con repercusión importante en la libertad y autonomía también de las personas cuidadoras. Se ha intentado defender que estas personas altamente dependientes no deben meterse en el mismo saco que las neurodivergentes, y que se pueden quedar huérfanas de nombre e invisibilizadas si el término autismo se utiliza de forma tan inclusiva que la dependencia, la necesidad de apoyo o el sufrimiento no forman parte del concepto.

En este contexto, se ha llegado a cuestionar la validez de cualquier voz emitida por los considerados “normales” al hablar de y por los “divergentes”. Se cuestiona que los progenitores de las personas con autismo incapaces de expresar sus necesidades, valores o perspectiva, los profesionales que les atienden o los expertos en el estudio del origen de estas dificultades, puedan transmitir las necesidades de estas personas o tomar decisiones asistenciales, de investigación o de servicios. Así, se ve peligrar el cuidado médico de las personas con grandes necesidades de apoyo, con gran discapacidad intelectual o comunicativa, dependientes de otros para vivir una vida con dignidad. Se cuestiona cualquier tipo de protección, de investigación, para modificar realidades diversas, y se pone voz a los sin-voz solo desde una perspectiva de aceptación e integración de la divergencia, de deconstrucción de los sistemas sociales y de toma de decisión solo en primera persona. La amenaza sentida por padres, cuidadores, clínicos o educadores es que los que no pueden hacerlo por sí mismos dejen de estar representados. Volvemos así a la paradoja (dentro del postmodernismo) de una nueva realidad, también

categoría, donde se considera a los neurotípicos inhábiles para opinar y mucho menos decidir, sobre y por los neurodiversos. Y la perspectiva de aquellos que no pueden dar su propia perspectiva queda acallada y sus necesidades, banalizadas u ocultadas. Esto ha llevado en los últimos años incluso a la *cancelación* de científicos y estudios por hablar de discapacidad, de dependencia, por comparar *pacientes* con controles *sanos*.

Estas amenazas han hecho que en los últimos años aparezcan iniciativas encaminadas a acercar e integrar el movimiento neurodivergente con los propósitos de la ciencia y de las políticas de cuidados a las personas con discapacidad o desventaja social. Algunos han implicado el trabajo conjunto e integrador de investigadores, clínicos, pacientes y organizaciones representantes de pacientes y familiares, con recomendaciones orientadas al entendimiento (19, 20) y que probablemente sean la semilla para una perspectiva más razonable, donde se pueda incorporar la defensa de la existencia de realidades personales, comunicativas y relacionales diferentes a la mayoría, con un valor incuestionable y que no necesariamente deben ser modificadas.

LA APROPIACIÓN DE UN TÉRMINO

En definitiva, la tensión existente está en si el término “autismo” debe describir una identidad autodeterminada, caracterizada por una forma menos frecuente de ser, comunicarse y relacionarse o una patología.

La reivindicación de que finalice la connotación peyorativa y excluyente de un concepto como autismo es uno de los motores del movimiento de la neurodiversidad. Sin embargo, parte de la premisa de que los trastornos en sí mismos son estigmatizantes. Quizás sería más útil focalizar la lucha en las acciones que estigmatizan los trastornos y a las personas que los tienen. La alternativa, si no se contiene el alcance de la corriente neurodivergente, es el borrado de la patología. Para evitarlo, se han propuesto nuevos términos, como “autismo profundo”, para aquellas personas en el espectro con grandes necesidades de apoyo, o “trastorno relacionado con autismo”. Estas propuestas implican ceder el término autismo a un tipo de neurodiversidad, pero corre el riesgo de dejar desatendidas a personas sin discapacidades

intelectuales o comunicativas graves, pero con necesidades de apoyo significativas en áreas importantes de la vida.

La perspectiva social, con el énfasis en derechos, tiene también su espectro de implicaciones. Por un lado, la incuestionable necesidad de aceptación y tolerancia al diferente, con verdadero respeto y sin condescendencia, y el también incuestionable ajuste de los sistemas, instituciones, normativas, incluidos el educativo y laboral, a una realidad humana diversa. Por otro, una exageración de la corriente neurodivergente puede generar más rechazo que aceptación en la mayoría normotípica existente en el *status quo* actual; sobre todo, si esa perspectiva cuestiona políticas de acción afirmativa extraordinarias que pongan el acento en compensar marginalizaciones previas o que potencien un empoderamiento muy combativo y vivencias de victimización poco adaptativas.

Como conclusión, podríamos reivindicar que el concepto TEA ya recoge lo que algunos reclaman: la existencia de una gran variabilidad de rasgos autistas en la población que en casos extremos resulta en disfuncionalidad, desadaptación o sufrimiento. No parece necesario cambiarlo. Quizás hay que ser más cuidadoso y simplemente dejar de utilizar “autismo” como TEA.

AGRADECIMIENTOS

A Antonia Sanjosé y Mónica Burdeus-Olavarrieta, Doctoras en Psicología, por su lectura crítica y sugerencias.

REFERENCIAS

1. Peralta V, Cuesta MJ. Eugen Bleuler and the schizophrenias: 100 years after. *Schizophr Bull.* 2011 Nov;37(6): 1118-20. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr126>
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Third Edition (DSM-III)*, 1980.
3. Pozzi CM, Riesgo RDS, Assumpção Junior FB. Revisiting the history of autism before Kanner and Asperger: a tribute to Grunya Sukhareva. *Arq Neuropsiquiatr.* 2024 Aug;82(8): 1-3. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1788269>

4. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr.* 1968;35(4): 100-36.
5. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med.* 1981 Feb;11(1): 115-29. <https://doi.org/10.1017/s0033291700053332>
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual—DSM I*, 1952.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—DSM-II*, 1968.
8. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. *J Autism Child Schizophr.* 1978 Jun;8(2): 139-61. <https://doi.org/10.1007/BF01537863>
9. Ajuriaguerra JMD. *Manual de psicopatología del niño (3ª)*. Masson, 1982.
10. Organización Mundial de la Salud. (1969). *CIE-8 Clasificación internacional de enfermedades, 8ª revisión modificación (8ª ed.)*.
11. Organización Mundial de la Salud. (1978). *CIE-9 MC: Clasificación internacional de enfermedades, 9ª revisión modificación clínica (7ª ed.)*.
12. Organización Mundial de la Salud. (1990). *CIE-10 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (10ª ed.)*.
13. American psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual—DSM 5 (5ª ed.)*, 2013.
14. Organización Mundial de la Salud. *CIE-11 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11ª ed.)*, 2018.
15. Bauman Z. *Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty*, 2010.
16. Singer J. *The Birth of an Idea*, 2016.
17. Singer J. *The Birth of Community amongst people on the Autistic Spectrum: A personal exploration of a New Social Movement based on Neurological Diversity*. University of Technology, 1997-1998.
18. Blume H. *Autistics Are Communicating in Cyberspace*. 1997. <https://archive.nytimes.com/www.nytimes.com/library/cyber/techcol/063097techcol.html>
19. Heraty S, Lautarescu A, Belton D, Boyle A, Cirrincione P, Doherty M, Douglas S, Plas JRD, Van Den Bosch K, Violland P, Tercon J, Ruigrok A, Murphy DGM, Bourgeron T, Chatham C, Loth E, Oakley B, McAlonan GM, Charman T, Puts N, Gallagher L, Jones EJJ. Bridge-building between communities: Imagining the future of biomedical autism research. *Cell.* 2023 Aug 31;186(18): 3747-52. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.08.004>
20. Leblond CS, Rolland T, Barthome E, Mougín Z, Fleury M, Ecker C, Bonnot-Briey S, Cliquet F, Tabet AC, Maruani A, Chaumette B, Green J, Delorme R, Bourgeron T. A Genetic Bridge Between Medicine and Neurodiversity for Autism. *Annu Rev Genet.* 2024 Nov;58(1): 487-512. <https://doi.org/10.1146/annurev-genet-111523-102614>

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:

50

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

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.

5. Resultado (la revisión propiamente dicha).
6. Discusión.
7. Conclusiones.
8. Agradecimientos.
9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos.
10. Referencias.

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.

56

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.