

Infanto-Juvenil

Volumen 42 • Número 4 • 2025

EDITORIAL

La salud mental, un derecho en riesgo que debe ser defendido

Emilio José Gómez Ciriano 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Programa “Resiliencia y Curriculum socioemocional para alumnado adolescente”: enseñanza de DBT STEPS-A en centros escolares del País Vasco. Resultados en la Promoción y Prevención de la Salud Mental tras el primer año de implantación

Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi, Eva Sesma-Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga, Amaia Bilbao-González, Federico Carminati, Giuliana Galli-Carminati y Miguel Angel González-Torres 5

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Madres con Trastornos de la Conducta Alimentaria y su impacto en la crianza: una revisión narrativa

Susana Andrés-Perpiñá, Rebeca Tarjuelo del Álamo, Anna Pérez-Mas, Júlia Llenas-Gauchola, Carme Naranjo, Ester Roda, Eva Solé, Anna Torres-Giménez, Cristina López, María Teresa Plana, Luisa Lázaro y Alba Roca-Lecumberri 14

CASO CLÍNICO

Trastorno Bipolar en la infancia, desafío diagnóstico y terapéutico: a propósito de un caso clínico

Marta Sánchez Moreno, María Pilar Polo Sojo y Boris Birmaher 29

Psicosis catatónica resistente en adolescente con TEA/TDAH: respuesta favorable a lurasidona. A propósito de un caso

Clara María Martín Gozalo, Pablo Guillamón Melero, Idir Mesian Pérez, Ana María Santana García y María Rosario Pérez Moreno 36

PERSPECTIVA CLÍNICA

Alta inteligencia y salud mental en la infancia: una mirada clínica

Rocío Paricio del Castillo 44

NORMAS DE PUBLICACIÓN 47

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2025,42(4)

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 (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, España.

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Víctor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

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

secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Emilio José Gómez Ciriano^{1 *} 

1. Profesor Titular de Universidad en la Facultad de Trabajo Social de Cuenca en la Universidad de Castilla-La Mancha, Vicepresidente de la Federación de Derechos Humanos de España y Responsable de Derechos Humanos de la Comisión General de Justicia y Paz de España

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Emilio José Gómez Ciriano
Correo: emiliojose.gomez@uclm.es

La salud mental, un derecho en riesgo que debe ser defendido

Si algo caracteriza al momento actual es el desconcierto en que vive buena parte de la ciudadanía. Estructuras que otrora parecían inamovibles y proporcionaban un horizonte de seguridad para el día a día parecen diluirse dejando en el ambiente una sensación de orfandad y desarraigo (1). Los consensos alcanzados en democracia, multilateralismo o bienestar social comienzan a ser cuestionados, al tiempo que, desde las redes sociales, personas e instituciones con pocos escrúpulos persiguen sacar rédito del temor y la angustia individual y colectiva canalizándolas frente a quien es diferente y/o vulnerable, ya sea joven, extranjero o persona sin hogar. La polarización política y emocional ha alcanzado niveles preocupantes (2).

La incertidumbre atraviesa todas las capas de la población, pero sus efectos se dejan sentir de una manera más aguda entre quienes son más vulnerables y más específicamente entre las personas jóvenes. El IX informe FOESSA (3), recientemente publicado, destaca cómo la juventud española vive con profundo pesimismo y frustración una perspectiva de futuro marcada por la precariedad laboral, las dificultades de acceso a la vivienda y la sostenibilidad del sistema de pensiones. Dicho de otra manera: los y las jóvenes viven con ansiedad y frustración el escenario, cada vez más verosímil de no poder ejercer unos derechos que, de serles garantizados, les posibilitarían construir sus proyectos de vida. Ello no es baladí y afecta a su salud mental que, es ni más ni menos, que un derecho humano, tal y como recoge el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ratificado por España. Un derecho

que se encuentra fuertemente vinculado con otros como son el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación o a la igualdad, entre otros.

Es responsabilidad de los gobiernos y, por ende, del español, promover, proteger y no obstaculizar el acceso de todas las personas al más alto nivel de salud mental y física. Así lo establece el Comité de la ONU encargado de vigilar el cumplimiento de los derechos sociales económicos y culturales (Comité DESC) en su observación relativa a garantizar el derecho a la salud (observación 14) (4).

Conviene detenerse en qué es lo que significa proteger, promover y no obstaculizar:

Promover un derecho significa implementar políticas y acciones que hagan posible su disfrute. Por su parte, proteger es tanto como estar alerta y poner los medios para que los logros alcanzados con el ejercicio ese derecho (en nuestro caso en materia de salud mental) no se pierdan, conjurando posibles amenazas que puedan atentar contra el mismo o los que se le relacionan. Finalmente, no obstaculizar significa no impedir -y en su caso remover- todo aquello que pueda dificultar o impedir el ejercicio y disfrute del derecho a disfrutar de una buena salud mental.

Una mirada a distintos informes publicados sobre el estado de la salud mental en la infancia y la adolescencia permiten concluir que el pleno disfrute de este derecho está todavía lejos de ser alcanzado para estas personas tanto en el ámbito nacional como en el internacional

Si bien excedería del número de páginas que debe tener un editorial profundizar sobre este particular, sí hay una serie de datos significativos que conviene no dejar

2

pasar por alto: El Plan Integral de Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (5) destaca que entre un 10 y un 20% de los adolescentes en todo el mundo experimentan problemas de salud mental.

Estos problemas se agudizan cuando esos niños, niñas y adolescentes viven en alguno de los escenarios afectados por conflictos armados (más de 130 según el Comité Internacional de la Cruz Roja). Aquí la salud mental es uno de los derechos más vulnerados. No es casualidad que UNICEF (6) destacara el año 2024 como el peor de los últimos años para los 473 millones de niños y niñas que vivían en estos lugares (uno de cada seis en el mundo). Los efectos en el ámbito de la salud mental que denuncia UNICEF son devastadores: La exposición a la violencia, a la destrucción y a la pérdida de seres queridos se manifiestan en depresiones, pesadillas, trastornos del sueño, tristeza, miedo y comportamientos agresivos o retraídos.

Davide Musardo, psicólogo de Médicos Sin Fronteras (7) al relatar su experiencia en Gaza afirmaba:

En Gaza se sobrevive, pero la exposición al trauma es constante. Falta todo, incluso la idea de un futuro. Para la gente, la mayor angustia no es el presente —las bombas, los combates y el duelo—, sino las secuelas. Hay poca confianza en la paz y la reconstrucción, mientras que los niños que vi en el hospital mostraban claros signos de regresión.

En términos similares narraba la organización Save the Children, la situación en materia de salud mental de los niños y las niñas que había en las zonas de conflicto de Siria durante la guerra (8):

Constantemente expuestos a la guerra, la angustia y la incertidumbre, los niños y niñas viven un estrés tóxico que tiene unos efectos dañinos enormes sobre ellos. Si no son tratados, las consecuencias a largo plazo pueden ser mayores y dañar su salud física y mental durante el resto de sus días.

En ocasiones la angustia y el estrés acompañan a estos niños y niñas cuando llegan a los países que les acogen y en los que podrían teóricamente sentirse

seguros, en los que asisten a cómo su población los mira con temor, desconfianza e incluso odio. No en pocas ocasiones los centros en que se alojan son objetivo de manifestaciones y actos vandálicos de tintes inequívocamente xenófobos. Ejemplos muy recientes han tenido lugar en países como Irlanda, Francia, Alemania y España. La criminalización de un término antes aséptico como “MENA” es un claro ejemplo de esto. Por otro lado, y en el caso español, la mayor parte de los espacios institucionales de acogida no tienen ni los recursos ni el personal especializado suficiente en materia de salud mental como revela el informe titulado “Niños y niñas extranjeros en España: solos o acompañados” del Defensor del Pueblo español (9).

Siguiendo con España, el informe “El Estado de los derechos humanos en salud mental 2024”, publicado por la Confederación de Salud Mental de España, destaca de modo preocupante cómo el 41% de las personas jóvenes entre 13 y 18 años manifiesta o cree haber tenido problemas de salud mental en el último año (10).

Todos los informes coinciden en que las carencias en materia de salud mental precisan ser abordadas con los recursos técnicos y humanos que sean suficientes. Sin embargo, tal y como destaca la separata del informe del Defensor del Pueblo titulada Infancia y adolescencia en el informe anual 2024 (11), es preciso que, en el caso español, las Administraciones Públicas examinen cuáles son las capacidades de que disponen para atender los problemas emergentes y graves de salud mental en la población infantojuvenil, tanto en el marco de la Estrategia de Salud mental 2022-2026 del Sistema Nacional de Salud como en los de las diferentes estrategias autonómicas.

Un derecho, el de la salud mental, que debe fortalecerse en el 80 aniversario de la proclamación de la Carta de Naciones Unidas.

El octogésimo aniversario de la entrada en vigor de la Carta de las Naciones Unidas coincide con el escenario de incertidumbre y riesgo para los derechos en que actualmente vivimos y que se ha tratado de abordar en el epígrafe anterior. Un texto, el de la Carta, que pretendía constituir un nuevo orden internacional que, *de una vez por todas*, acabara con las guerras, pusiera límites a la impunidad de los gobiernos

y abriera caminos para una paz verdaderamente asentada en la justicia. Esa paz debería ser construida en la *mente de las personas* (12) para lo cual se precisaba tiempo, pedagogía e implicación activa de actores cívicos tanto institucionales como no institucionales, pero también de las familias.

En este proceso el cuidado de los niños y las niñas para que crecieran en un ambiente de cuidado de su salud física y mental era esencial. Eso era algo que varias décadas antes había anticipado Englantyne Jebb inspiradora de la primera declaración de los derechos humanos en 1924 y que recogería posteriormente la declaración de los derechos del niño de 1959 y la Convención de los derechos del niño y la niña en 1989

El contexto actual, que Bauman calificaría de miedo líquido (1), requiere de una movilización activa en favor de la reafirmación y reivindicación de los derechos humanos dado que su supervivencia se encuentra en un riesgo cierto, y habida cuenta que la no garantía de los mismos tiene efectos evidentes en el disfrute del derecho a la salud mental, sobre todo en el caso de los niños y las niñas.

Es por ello que la ciudadanía debe tomar conciencia y posicionarse. Millones de personas ya lo están haciendo, manifestándose en ciudades y pueblos y exigiendo tener un futuro en el que volver a vivir con dignidad. Muchos otros están dudosos, aletargados o simplemente han perdido la esperanza. A este fin se sugieren una serie de pasos para actuar por los derechos, sabiendo que están todos conectados y que el goce de un adecuado nivel de salud mental presupone que muchos otros derechos sean respetados y viceversa.

Algunos pasos para no ceder en la pérdida de derechos.

En primer lugar: Tener presente lo logrado en materia de derechos y ser consciente de lo que supondría su pérdida.

A lo largo de más de ochenta años (en España, fundamentalmente desde la Transición) se ha construido todo un armazón legislativo, toda una jurisprudencia, toda una doctrina que ha permitido

a la ciudadanía experimentar la titularidad y el ejercicio de sus derechos, incluyendo la reclamación de estos en caso de vulneración. Estos derechos no son otorgados graciamente por ningún gobierno, sino que son inherentes a la persona, o dicho de otra manera, le corresponden por el hecho de ser un ser humano. Por eso la ciudadanía los fortalece desde su ejercicio y reivindicación.

La conciencia de haber ejercido estos derechos es muy importante para recordar que no se parte de la nada. Sin embargo, esta conciencia no está todo lo generalizada que sería deseable y todavía existe un importante grupo de población que no es consciente de sus derechos o que si lo hace tiene miedo a significarse por ejercerlos (13).

En segundo lugar: Recordar que todos los derechos están interrelacionados, son interdependientes y tienen la misma jerarquía.

Esto es algo que no siempre es conocido, pero que desde las Naciones Unidas se ha repetido hasta la saciedad, y es que todos los derechos humanos están interrelacionados, son interdependientes y tienen la misma jerarquía. Dicho de otro modo: que no hay derechos “de primera” (como el derecho al voto o los de reunión y asociación) y derechos de segunda (como el derecho a la salud física y mental, el derecho al agua potable y al saneamiento o a la educación). La percepción de que los únicos derechos que deben garantizarse son los políticos mientras que los derechos sociales no son tales y por tanto pueden ser recortados, es algo que todavía sigue en la conciencia de buena parte de la población y de lo que se aprovechan algunos gobiernos para recortar derechos.

En tercer lugar: Recordar que la ciudadanía, y por ende la calidad democracia, se refuerza a partir del ejercicio de los derechos humanos

Walzer (14) afirmaba que la ciudadanía requiere de la vida y el diálogo en la plaza. La “plaza”, la calle es el lugar del ejercicio de los derechos de modo que a mayor ejercicio de derechos más conciencia de estos y más lucidez (aunque ésta sea dolorosa) cuando estos derechos son vulnerados. Desde el ejercicio de los derechos se fortalece la comunidad y se refuerza la democracia previniéndose así situaciones de opresión, pero también se crece en empatía y en solidaridad, y

4

conviene no olvidar que la comunidad, la empatía y la solidaridad son esenciales para la salud mental de las personas y de la sociedad

REFERENCIAS

1. Bauman Z. Miedo líquido: la sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona: Paidós, 2007.
2. Torcal M. De votantes a hooligans: la polarización política en España. Madrid. Ediciones de La Catarata, 2023.
3. Flores Martos R, coord. IX Informe sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Cáritas Española; Fundación FOESSA; 2025. 710 p.
4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/2000/4). 22º período de sesiones; 2000. Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/E/C.12/2000/4>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Ginebra: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
6. UNICEF España. 2024: un año horrible para los niños en conflictos [Internet]. Madrid: UNICEF; 28 dic 2024. <https://www.unicef.es/noticia/2024-un-ano-horrible-para-los-ninos-en-conflictos>
7. Médicos Sin Fronteras España (MSF). Gaza: “Lo que más vemos en los niños es depresión porque lo han perdido todo: a sus padres, a sus hermanos, todo lo que hacía que su vida diaria fuera normal” [Internet]. 21 jun 2024. <https://www.msf.es/noticia/gaza-lo-que-mas-vemos-ninos-depresion-porque-lo-han-perdido-todo>
8. Save the Children España. Heridas invisibles: El impacto de seis años de guerra sobre la salud mental de los niños y niñas sirios [Internet]. Madrid: Save the Children; 2017. <https://www.cop.es/uploads/PDF/HERIDAS-INVISIBLES-IMPACTO-GUERRA-SOBRE-SALUD-MENTAL-NINOS-NINAS-SIRIOS.pdf>
9. Defensor del Pueblo (España). Niñas y niños extranjeros en España solos o acompañados [Internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; mayo 2025. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Ninas-y-ninos-extranjeros-en-Espana-solos-o-acompanados.pdf>
10. Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en Salud Mental 2024 [Internet]. Madrid: Confederación Salud Mental España; 2025. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Informe-Derechos-Humanos-Salud-Mental-2024.pdf>
11. Defensor del Pueblo (España). Separata sobre menores. Informe anual 2024 [Internet]. Madrid: Defensor del Pueblo; 2025. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2025/05/Separata-menores-IA-2024.pdf>
12. Fundación Cultura de Paz. Congreso: La paz en la mente de los hombres [Internet]. Madrid: Fundación Cultura de Paz; 1989. <https://fund-culturadepaz.org/wp-content/uploads/2021/02/Congreso-la-Paz-en-la-Mente-de-los-Hombres.pdf>
13. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Non-take-up of rights in the context of social protection. Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights (A/HRC/50/38) [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2022. <https://docs.un.org/es/A/HRC/50/38>
14. Walzer M. Spheres of Justice. New York: Basic Books, 1983.

Aranzazu Fernández-Rivas^{1, 2, 3 *}

Begoña Garamendi Ibarra⁴

Isabel Galende Llamas⁵

Marisa Belaustegi^{4, 5}

Eva Sesma-Pardo^{1, 2, 3}

Iñaki Kerexeta Lizeaga^{1, 2}

Amaia Bilbao-González^{6, 7}

Federico Carminati⁸

Giuliana Galli-Carminati^{8, 9}

Miguel Angel González-Torres^{1, 2, 3}

1. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España.
2. Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco, Bilbao, España.
3. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Bilbao, España.
4. Berritzegune Basauri-Galdakao. Departamento de Educación, Gobierno Vasco, España.
5. Departamento de Educación (ret), Gobierno Vasco, España.
6. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Hospital Universitario Basurto, Unidad de Investigación e Innovación, Bilbao, España.
7. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPS), Bilbao, España.
8. Société Internationale de Psychanalyse Multidisciplinaire, Ginebra, Suiza.
9. Seoul National University, Bundang Hospital, Seúl, Corea del Sur.

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Aranzazu Fernández Rivas

Correo: mariaaranzazu.fernandezrivas@osakidetza.eus

Programa “Resiliencia y Curriculum socioemocional para alumnado adolescente”: enseñanza de DBT STEPS-A en centros escolares del País Vasco. Resultados en la Promoción y Prevención de la Salud Mental tras el primer año de implantación

“Resilience and Socioemotional Curriculum for Adolescent Students” Programme: Teaching DBT STEPS-A in Schools in the Basque Country; Mental Health Promotion and Prevention Results After the First Year of Implementation

RESUMEN

Introducción: El programa “Resiliencia y Curriculum socioemocional” para la Promoción Universal de la Salud Mental en el centro escolar para adolescentes se viene desarrollando desde el curso 2017-2018 en el País Vasco. Consiste en la enseñanza del curriculum socioemocional “Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas emocionales de la Terapia Dialéctica Conductual” (DBT STEPS-A) en el centro escolar. **Objetivos:** valorar el efecto del DBT STEPS-A en la Promoción de la Salud Mental y además analizar si ofrece también un efecto de Prevención selectiva de problemas de Salud Mental al alumnado vulnerable. **Material y Métodos:** se analizan 866 alumnos-as pertenecientes a 13 centros escolares de Bizkaia, evaluándolos mediante el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ),

ABSTRACT

Introduction: The “Resilience and Socioemotional Curriculum” Programme is a universal school-based mental health promotion intervention for adolescents, implemented in the Basque Country since the 2017-2018 academic year. It involves delivering the socioemotional learning curriculum “Dialectical Behaviour Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving” (DBT STEPS-A) in schools. **Objectives:** To assess the impact of DBT STEPS-A on mental health promotion and determine its potential role in the selective prevention of mental health problems among vulnerable students. **Material and method:** 866 students from 13 schools in Bizkaia were analysed. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), in both self-report and teacher versions, was

6

en las versiones autoaplicada y para profesores, pre y post intervención. **Resultados:** se halló una mejoría significativa de los valores de las escalas del SDQ tras la intervención, que apunta a un efecto de Promoción de la Salud Mental. Esta mejoría fue muy relevante en el alumnado vulnerable (aquellos con puntuaciones en el rango límite o no normal en las escalas del SDQ antes de la intervención), lo que parece evidenciar un efecto de Prevención selectiva. **Conclusiones:** DBT STEPS-A puede ser un currículum socioemocional efectivo para la Promoción universal de la salud mental para adolescentes en el centro escolar, además de ser también efectivo en la Prevención Selectiva en alumnado con síntomas o dificultades socioemocionales.

Palabras clave: Promoción universal de la salud mental en el centro escolar, Prevención selectiva de la salud mental, Curriculum socioemocional, Educación social y emocional, Resiliencia, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Los programas universales de salud mental en la escuela tienen como objetivo la promoción de la educación social y emocional y la resiliencia, así como la prevención de los problemas sociales, emocionales y de comportamiento (1).

Todos ellos se basan en la enseñanza de competencias socioemocionales al alumnado, mediante lo que se denomina currículum socioemocional (CSE). Este se define como el proceso de adquisición de competencias básicas para reconocer y manejar emociones, establecer y alcanzar metas positivas, apreciar la perspectiva de los demás, mantener relaciones sociales adecuadas, tomar decisiones responsables y gestionar las situaciones interpersonales de modo constructivo (2).

Son muchas las investigaciones que han evaluado cuáles son los aspectos fundamentales para que un CSE sea efectivo en sus objetivos de enseñanza y de Promoción de la Salud Mental y mejora del bienestar emocional. Para hacer una valoración más global vamos a centrarnos en los dos metaanálisis más relevantes realizados por Durlak et al. en 2011 (2) y por Cipriano et al. en 2023 (3).

Durlak y colaboradores (2) analizaron 213 estudios que representaban una muestra de 270.034 estudiantes. Hallaron cómo tras la enseñanza del

administered for pre- and post-intervention student assessment. **Results:** A significant improvement was observed in post-intervention SDQ scale scores, indicating an effect on mental health promotion. This improvement was particularly pronounced among vulnerable students (those with pre-intervention SDQ scale scores in the borderline or abnormal range), suggesting a potential selective prevention effect. **Conclusions:** DBT STEPS-A is a potentially effective socioemotional learning programme for universal school-based mental health promotion among adolescents and may provide selective prevention benefits for students presenting socioemotional symptoms or difficulties.

Keywords: Universal school-based mental health promotion, selective prevention of mental health problems, socioemotional learning, socioemotional education, resilience, adolescents.

CSE, el alumnado mejoraba en las habilidades socio-emocionales, en las actitudes hacia sí mismos y hacia otros, incrementaban sus comportamientos sociales positivos y el rendimiento escolar, además presentaban un descenso en los problemas de conducta y en el malestar emocional. Asimismo, constataron cómo todos estos beneficios se obtenían si la formación la llevaba a cabo el profesorado previamente formado. En el caso de que los formadores fueran agentes externos al centro escolar, únicamente se producía mejoría en habilidades socioemocionales, en las actitudes hacia sí mismo y hacia otros, además de decrecer los problemas de conducta. Estos autores pudieron constatar cómo estos logros se mantenían a lo largo de un periodo medio de 92 semanas.

Cipriano y colaboradores (3) realizan un exhaustivo metaanálisis incluyendo 424 estudios con un total de 575.361 estudiantes, con una duración media de los programas de 52,8 semanas. Hallan cómo el alumnado que recibe la formación en CSE Universal mejora significativamente en habilidades socioemocionales, actitudes y comportamientos cívicos, relaciones con iguales, conductas prosociales, rendimiento escolar y relación profesor-alumno. Además, evidencian cómo descienden el malestar emocional y los comportamientos externalizantes en los estudiantes.

Existen diferentes programas de CSE con evidencia de su efectividad. Entre ellos, una de las intervenciones de educación socioemocional o CSE propuesta en los últimos años es el “Entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas emocionales para adolescentes de la Terapia Dialéctica Conductual” (*Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents*, DBT STEPS-A) (4). Este CSE deriva de un componente de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), el grupo de entrenamiento en habilidades psicosociales. Una vez entrenado el profesorado en este CSE, estos lo enseñan al alumnado en 30 sesiones (una/semana) a lo largo del curso escolar. Comienza enseñando el concepto de la Dialéctica según Hegel; para continuar con la formación en habilidades intrapersonales (Mindfulness, Tolerancia al Malestar y Regulación de las Emociones) las cuales aportan formación en las competencias de autoconocimiento, autogestión y resiliencia; y se finaliza con la formación en habilidades interpersonales (Efectividad interpersonal) que trabaja las competencias de conciencia social y gestión social. Por tanto, es un CSE que incluye la formación en las competencias requeridas según las recomendaciones del Informe de expertos europeos NESET II (5).

Varios estudios han evaluado el DBT STEPS-A demostrando su viabilidad y eficacia. Flynn et al. (6) llevaron a cabo una intervención incluyendo un grupo control y encontraron reducciones significativas en depresión, ansiedad y estrés social. Chugani et al (7) encuentran que es un CSE aceptable y factible a juicio del profesorado para su aplicación en centros escolares de población de bajo nivel económico. Martínez et al. (8) en un estudio caso-control encontraron mejoras significativas en la autoevaluación de resiliencia social y en dificultades de regulación emocional. Hastings et al. (9), también en un estudio caso-control, hallaron un efecto significativo del tratamiento sobre el comportamiento prosocial. Gasol et al. (10) en un estudio abierto encontraron una mejora significativa en las conductas prosociales y en los problemas con los compañeros.

En este artículo planteamos el estudio del DBT STEPS-A en un extenso grupo de estudiantes adolescentes con un doble objetivo:

- Analizar si el DBT STEPS-A es un CSE efectivo para la Promoción Universal de la Salud Mental
- Analizar si el DBT STEPS-A es un CSE efectivo para la Prevención Selectiva de problemas de Salud Mental

Nos planteamos este estudio al finalizar el primer año escolar en que este proyecto fue implementado para evaluar su efectividad en nuestro entorno social de cara a la planificación de la continuación del proyecto.

METODOLOGÍA

Intervención

Durante el curso 2017-2018 se implementó el Programa de Resiliencia y CSE como *Proyecto de Innovación Educativa* de Promoción Universal de la Salud Mental en 13 centros educativos de Bizkaia (11 Institutos de Educación Secundaria y 2 Centros de Formación Profesional) en base a la Convocatoria del Departamento de Educación del Gobierno Vasco a este tipo de proyectos (11). Todos los proyectos fueron aprobados y autorizados a su realización por la Dirección de Innovación Educativa del Gobierno Vasco.

Para ello, 44 profesores, orientadores y directores de centros escolares recibieron 26 horas de formación teórica y práctica-experiencial en el aula sobre DBT STEPS-A al inicio del curso escolar a cargo de una psiquiatra infantil y de la adolescencia con más de 12 años de experiencia en TDC.

A continuación, los profesores formaron a los alumnos en el aula adaptando DBT STEPS-A a un total de 20 sesiones (1 sesión/semana/20 semanas), haciendo hincapié en formas activas de aprendizaje para ayudar a los alumnos a practicar y dominar las nuevas habilidades. En la [Tabla 1](#) se desglosa la distribución de la formación en las 20 sesiones. Durante el periodo de implementación con el alumnado el profesorado recibió 7 horas de supervisión como ayuda y orientación y para homogeneizar la intervención en todos los centros. En concreto, se planteó llevar la intervención con el alumnado de 2º curso de Educación Secundaria

Obligatoria, aunque estaba abierta la posibilidad de aplicarlo en otros cursos.

Tabla 1. Distribución de la formación de DBT STEPS-A en 20 sesiones

Nº sesión	Conceptos y habilidades impartidas
1	Presentación- Normas- Objetivos
2	Dialéctica- Mindfulness: introducción, Estados de la Mente
3	Mindfulness: Habilidades qué, habilidades cómo. Ejercicios de Mindfulness
4	Tolerancia al Malestar (TM): Estrategias de supervivencia a la crisis. Habilidades STOP, TIP
5	TM-Estrategias de supervivencia a la crisis: Distracción, Relajación, Mejorar el momento
6	TM- Estrategias de supervivencia a la crisis: Pros y contras
7	TM- Aceptación de la realidad: Aceptación radical
8	TM-Aceptación de la realidad: Mindfulness de los pensamientos actuales
9	Mindfulness: repaso
10	Regulación de las emociones (RE): introducción, función de las emociones, mitos
11	RE: Modelo para describir las emociones
12	RE: Cambiar las respuestas emocionales
13	RE: Cómo incrementar las emociones positivas
14	RE: Desarrollar competencia- prever cómo afrontar las situaciones emocionales
15	RE: Reducir la vulnerabilidad a la mente emocional, Mindfulness de la emoción actual
16	Mindfulness: repaso
17	Efectividad interpersonal (EI): Presentación, objetivos.
18	EI: Efectividad para conseguir objetivos
19	EI: Efectividad de la relación, Efectividad del respeto personal
20	EI: Factores a considerar en la Efectividad interpersonal. Valoración final

Los padres y tutores legales de los menores fueron informados por el profesorado en reuniones de aula de la naturaleza del proyecto al inicio del curso escolar. Mostraron gran interés y agradecimiento, y expresaron su consentimiento verbal para la participación de sus hijos.

Se formó a un total de 866 estudiantes con una edad media de 13,55 años. 44,9% fueron mujeres; 53,7% de hombres y 1,5% no especificaron género.

Instrumentos de evaluación

Para medir el impacto del proyecto se realizó un análisis de los cambios evidenciados en el alumnado mediante una evaluación pre-post intervención: pre-evaluación (en el mes previo a la formación del alumnado) y post-evaluación (una vez finalizada la formación). Para ello se utilizó el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ*) (12, 13), en sus versiones oficiales en castellano y euskera (dependiendo del idioma vehicular de enseñanza y el nivel lingüístico del alumnado), incluyendo tanto la versión para profesores como para alumnos (autoinforme). El SDQ es un cuestionario breve para la evaluación de problemas de salud mental compuesto por 25 ítems agrupados en cinco escalas: Síntomas Emocionales, Problemas de Conducta, Hiperactividad/Inatención, Problemas con los Compañeros y Conducta Prosocial.

Sólo se incluyeron en el análisis los estudiantes en los que se habían cumplimentado todos los cuestionarios, de alumnos y profesores, tanto en las evaluaciones pre y post, lo que dio como resultado una muestra final de 796 alumnos.

Para el estudio del posible efecto de Promoción de la salud mental se analizó esta muestra de 796 alumnos.

Para el análisis del posible efecto de Prevención Selectiva de problemas de salud mental se incluyó únicamente al alumnado que denominamos “vulnerable”. Consideramos como alumnado “vulnerable” a aquellos que presentaban síntomas o dificultades emocionales previas a la intervención evidenciadas al hallar en el SDQ de la pre-evaluación puntuaciones en rango límite o no normal en alguna o varias escalas de una o ambas versiones utilizadas (alumnos/autoinforme y profesores). La valoración del rango límite o no normal de cada escala y en cada versión se realizó siguiendo la metodología del instrumento (13). El número de alumnos “vulnerable” varía en función de cada escala y versión dado que depende de las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas. Según la valoración de SDQ alumnos/autoinforme, se consideraron vulnerables 134 en Síntomas Emocionales, 188 en Problemas de Conducta, 248 en Hiperactividad/Inatención, 103 en Problemas

con los Compañeros y 117 en Conducta Prosocial. Según la valoración de SDQ profesor, se detectaron como vulnerables 98 en Síntomas Emocionales, 165 en Problemas de Conducta, 156 en Hiperactividad/ Inatención, 115 en Problemas con los Compañeros y 287 en Conducta Prosocial (Tabla 3).

Análisis estadístico

Para comparar las diferencias estadísticas entre las puntuaciones de las escalas del SDQ antes y después de la intervención se realizó una prueba de Wilcoxon para datos pareados. Como mediciones se utilizaron las puntuaciones medias junto con la desviación estándar (DE) de las cinco escalas. Una diferencia entre pre y post intervención con un valor p de $\leq 0,05$ se consideró estadísticamente significativa. Los análisis se realizaron mediante el programa SAS 9.4 para Windows (SAS Institute, Cary, NC).

RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los resultados del análisis de los SDQ (autoinforme y versiones del profesor) con la muestra completa comparando las puntuaciones medias antes y después de la intervención para valorar el posible efecto de Promoción de la salud mental. Se evidencia cómo tras la formación el alumnado

mejora en ciertos aspectos. En base a la autovaloración por parte del alumnado se constata un descenso estadísticamente significativo de los valores de las escalas Síntomas Emocionales ($p=0,009$) y Problemas de Conducta ($p=0,008$). Por parte de la evaluación del profesorado, se evidencia un descenso estadísticamente significativo en Síntomas Emocionales ($p<0,001$), Hiperactividad/ Inatención ($p=0,036$), Problemas con los Compañeros ($p<0,001$) y un incremento significativo en Conducta Prosocial ($p<0,001$).

En la Tabla 3 se recoge el análisis del grupo de alumnado vulnerable con la finalidad de valorar si se produce un efecto de Prevención selectiva de problemas de salud mental.

Se evidencia cómo, tanto en la evaluación por parte del alumnado como por el profesorado, tras la formación en este CSE se produjo un descenso estadísticamente significativo en las escalas Síntomas Emocionales ($p<0,001$), Problemas de Conducta ($p<0,001$), Hiperactividad/ Inatención ($p<0,001$) y Problemas con los compañeros ($p<0,001$). Así mismo se evidenció un incremento estadísticamente significativo en Conducta Prosocial ($p<0,001$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio sugieren que DBT STEPS-A parece proporcionar un efecto

Tabla 2. Análisis del SDQ (autoinforme y versión profesor) de toda la muestra antes y después de la intervención

SDQ autoinforme muestra total				
SDQ escalas	Pre- evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	z	p
Síntomas Emocionales	3,25 (2,16)	3,09 (2,15)	-2,602	0,009
Problemas de Conducta	2,51 (1,62)	2,34 (1,60)	-2,665	0,008
Hiperactividad/ Inatención	4,38 (2,18)	4,50 (2,17)	-1,288	0,198
Problemas con los compañeros	1,85 (1,63)	1,80 (1,68)	-0,751	0,453
Conducta prosocial	7,39 (1,78)	7,41 (1,88)	-0,512	0,609
SDQ profesor muestra total				
SDQ escalas	Pre- evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	z	p
Síntomas Emocionales	1,95 (2,13)	1,69 (2,11)	- 3,571	<0,001
Problemas de Conducta	1,51 (1,86)	1,43 (1,73)	-1,493	0,135
Hiperactividad/ Inatención	3,39 (2,84)	3,26 (2,74)	-2,096	0,036
Problemas con los compañeros	1,78 (1,81)	1,46 (1,78)	-5,930	<0,001
Conducta prosocial	6,60 (2,48)	6,86 (2,38)	-3,712	<0,001

Nota: DE: desviación estandar.

Tabla 3. Análisis SDQ (autoinforme y versión profesor) de alumnado vulnerable antes y después de la intervención

SDQ autoinforme de alumnado vulnerable				
SDQ escalas	N	Pre-evaluación Media (DE)	Post-evaluación Media (DE)	p
Síntomas Emocionales	134	6,86 (1,05 DE)	5,19 (2,02 DE)	<0,001
Problemas de Conducta	188	4,83 (1,10 DE)	3,31 (1,75 DE)	<0,001
Hiperactividad / Inatención	248	6,95 (1,08 DE)	5,97 (1,82 DE)	<0,001
Problemas con los compañeros	103	4,93 (1,21 DE)	3,52 (2,09 DE)	<0,001
Conducta Prosocial	117	4,28 (1,05 DE)	6,08 (2,08 DE)	<0,001
SDQ versión profesor de alumnado vulnerable				
SDQ escalas	N	Pre-evaluación	Post-evaluación	p
Síntomas Emocionales	98	6,05 (1,24 DE)	4,08 (2,79 DE)	<0,001
Problemas de Conducta	165	4,37 (1,47 DE)	3,22 (1,93 DE)	<0,001
Hiperactividad / Inatención	156	7,63 (1,41 DE)	6,54 (2,13 DE)	<0,001
Problemas con los compañeros	115	5,01 (1,29 DE)	3,91 (2,02 DE)	<0,001
Conducta Prosocial	287	4,21 (1,22 DE)	5,32 (2,01 DE)	<0,001

Nota: DE: desviación estándar.

de Promoción de la salud mental en estudiantes adolescentes al mejorar según la autoevaluación del alumnado en Síntomas emocionales y Problemas de conducta; y según la opinión de los profesores en Síntomas emocionales, Hiperactividad/ Inatención, Problemas con los compañeros y Conducta prosocial.

Otros estudios previos habían hallado resultados que demostraban la efectividad del DBT STEPS-A pero aplicándolo a muestras de alumnado menores, además de incluyendo una formación de menor duración al profesorado.

Flynn et al (6) realizaron un estudio piloto caso-control incluyendo una muestra de 72 mujeres adolescentes de 15-16 años (edad media 15,33 años) que pertenecían a 8 centros escolares y habían recibido la formación en DBT STEPS-A a lo largo de 22 semanas. Hallaron cómo el grupo que había sido formado mostró una reducción significativa en constructos que medían síntomas emocionales (incluyendo estrés social, ansiedad, depresión, sentimiento de inadecuación, autoestima y autosuficiencia) y problemas internalizantes (compuesto por escalas que medían atipicidad, locus de control, estrés social, ansiedad, depresión, sentimiento de inadecuación y somatización).

Posteriormente, Martínez y colaboradores (8) desarrollaron otro estudio caso-control en el que incluyen 94 estudiantes, 2/1 mujer/varón, de 15,2 años de edad media el grupo de intervención y 15,3 años el grupo control. El grupo de intervención recibe

la formación a lo largo de 20 sesiones. Los resultados evidencian cómo el grupo de alumnado que recibió la formación mostraron mejoría significativa en la autoevaluación de resiliencia social, dificultades de regulación de las emociones y comprensión de las habilidades de DBT.

Por su parte, Hastings et al. (9) hallan una mejoría significativa en la escala Conducta Prosocial de SDQ en un estudio caso-control incluyendo 183 alumnos de 13-14 años de edad, de los cuales 110 reciben la formación en DBT STEPS-A acortada a 15 sesiones.

Y finalmente mencionar el estudio abierto de Gasol et al. (10) quienes aplican este CSE en 30 sesiones a una muestra de 93 estudiantes de 2º ESO. Como resultados en base al SDQ hallan una mejoría significativa en la escala de Conducta Prosocial y un descenso en la escala Problemas con los Compañeros.

Sin embargo, Harvey et al (14), en un estudio caso-control con una muestra de 1071 estudiantes adolescentes (edad media 13,48 años) en el que se evalúa la efectividad del DBT STEPS-A acortado a 8 sesiones, no hallan resultados que lo refrenden. La evaluación fue exhaustiva, incluyendo instrumentos como el SDQ, *Clinical Assessment of Interpersonal Relationships*, *Academic Resilience Scale*, *Difficulties in Emotion Regulation Questionnaire*, *Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21)*, *Emotion Awareness Questionnaire* y *Youth Quality of Life Scale-Short Form*. Pensamos, al igual que estos autores, que el acortamiento de la formación a 8 sesiones limitó su efectividad.

Además, nuestros resultados sugieren cómo DBT STEPS-A añade un efecto de Prevención selectiva de problemas de salud mental al proporcionar una mejora incluso más patente en el grupo de alumnos vulnerables (aquellos con puntuaciones en las escalas del SDQ en el rango límite o no normal en la evaluación previa a la intervención). Los resultados muestran que se produce una mejora muy significativa y notable en Síntomas emocionales, Problemas de conducta, Hiperactividad/Inatención, Problemas con los compañeros y en Comportamiento prosocial según la evaluación tanto de los propios alumnos como de los profesores. Estos resultados tan positivos en la población de alumnado vulnerable no se han evidenciado en otras investigaciones previas, posiblemente por tratarse de estudios con muestras pequeñas que limita la posibilidad de disponer de un suficiente grupo de alumnado que presenta síntomas emocionales o conductuales previamente a la formación al cual estudiar específicamente.

Pensamos que si el DBT STEPS-A parece ser un CSE efectivo para la Promoción y Prevención de problemas de salud mental en adolescentes se fundamenta en dos aspectos. Primero, se trata de un CSE derivado de la TDC la cual ha demostrado ser un tratamiento transdiagnóstico efectivo para adolescentes con dificultades de regulación emocional (15, 16, 17, 18). El segundo aspecto importante es que el DBT STEPS-A se ha desarrollado a partir del componente de la TDC Grupo de entrenamiento en habilidades, componente de la terapia que ha demostrado ser efectivo de por sí en el tratamiento de los individuos con problemas de desregulación emocional-impulsividad (19). Además, en la investigación cualitativa que realizamos con adolescentes que habían sido tratados en el grupo de entrenamiento en habilidades de TDC pudimos evidenciar cómo ellos explicitaban no sólo el beneficio que este componente terapéutico les había aportado, sino que recomendaban que se incluyera como una formación educativa en el contexto escolar de modo universal (20).

El hecho de que el DBT STEPS-A parece ser un CSE efectivo para la Promoción y Prevención de problemas de salud mental del alumnado adolescente abre un campo de trabajo y colaboración entre los profesionales de Salud Mental expertos en esta terapia y los profesionales del Sistema Educativo.

Consideramos que la labor de colaboración y cooperación entre los Departamentos de Educación y de Salud que hemos desarrollado para este proyecto es el paradigma a seguir para poder llevar a cabo un trabajo efectivo de Promoción y Prevención Universal de la salud mental de adolescentes.

No obstante, este estudio tiene algunas importantes limitaciones. En primer lugar, la más relevante, no disponemos de un grupo control que pueda ayudar a diferenciar el efecto beneficioso proporcionado por el DBT STEPS-A del de la propia maduración del adolescente durante el tiempo de intervención. O del efecto de volver a pasar un mismo test pre y post, efecto de aprendizaje si es autoaplicado. En segundo lugar, como DBT STEPS-A se acortó a 20 sesiones esto puede haber supuesto una dificultad en el aprendizaje de este CSE que haya podido incidir en su efectividad.

Consideramos conveniente que se realicen más estudios caso-control que valoren el DBT STEPS-A incluyendo muestras extensas con grupo control para poder disponer de más evidencias científicas.

CONCLUSIONES

DBT STEPS-A es un currículum socioemocional exhaustivo para adolescentes que parece con efectividad en la Promoción Universal y Prevención selectiva de problemas de salud mental en el centro escolar.

DBT STEPS-A es un currículum socioemocional exhaustivo útil para la formación del profesorado en Programas Universales de Promoción de la Salud mental en el centro escolar.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a los centros escolares que han participado, por su esfuerzo y dedicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Ausencia de conflicto de intereses por parte de todos los autores.








CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Concepción y diseño del estudio: Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi, Eva Sesma Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga, Miguel Angel González-Torres. **Dirección de la intervención:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra. **Traducción de materiales:** Aranzazu Fernández-Rivas, Eva Sesma Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga. **Adquisición de datos:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi. **Análisis e interpretación de los datos:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Amaia Bilbao-González, Federico Carminati, Giuliana Galli-Carminati, Miguel Angel González-Torres. **Borrador del artículo:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra. **Docentes de la intervención:** Aranzazu Fernández-Rivas, Begoña Garamendi Ibarra, Isabel Galende Llamas. **Orientación de la intervención:** Isabel Galende Llamas, Marisa Belaustegi, Eva Sesma-Pardo, Iñaki Kerexeta Lizeaga. **Apoyo a la intervención:** Miguel Angel González-Torres. **Orientación metodológica:** Amaia Bilbao-González, Federico Carminati. **Todos los autores** realizaron **revisión crítica del artículo** y dieron su **aprobación definitiva**.

REFERENCIAS

1. Cavioni V, Grazzani I, Ornaghi V. Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*. 2020;12(1): 65-82.
2. Durlak J, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*. 2011;82(1): 405-32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>.
3. Cipriano C, Strambler M J, Naples LH, Ha C, Kirk M, Wood M, et al.. The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*. 2023;94(5): 1181-204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
4. Mazza JJ, Dexter-Mazza ET, Miller AL, Rathus JH, Murphy HE. *DBT Skills in Schools. Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A)*. New York: Guilford Press, 2016.
5. Cefai C, Bartolo PA, Cavioni V, Downes P. Strengthening Social and Emotional Education as a core curricular area across the EU. A review of the international evidence, NESET II report, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018. <https://doi.org/10.2766/664439>
6. Flynn D, Joyce M, Weihrauch M, Corcoran P. Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy–skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A): evaluation of a pilot implementation in Irish post-primary schools. *Child and Adolescent Mental Health*. 2018;23(4): 376-80. <https://doi.org/10.1111/camh.12284>
7. Chugani CD, Murphy CE, Talis J, Miller E, McAneny C, Condosta, D et al. Implementing Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS A) in a Low Income School. *School Mental Health*. 2021;14: 391-401. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09472-4>
8. Martinez Jr. RR, Marraccini ME, Knotek SE, Neshkes RA, Vanderburg J. Effects of Dialectical Behavioral Therapy Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS A) Program of Rural Ninth Grade Students. *School Mental Health*. 2022;14: 165-78. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09463-5>
9. Hastings SE, Swales MA, Hughes JC, Jones K, Hastings RP. Universal delivery of a dialectical behaviour therapy skills programme (DBT STEPS A) for adolescents in a mainstream school: feasibility study. *Discover Psychology*. 2022;2: 21. <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00021-x>
10. Gasol X, Navarro-Haro MV, Fernández-Felipe I, García-Palacios A, Suso-Ribera C, Gasol-Colomina M. Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System.

- Int. J. Environ. Res. Public Health. 2022;19(1): 494. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010494>
11. ORDEN de 30 de marzo de 2017, de la Consejera de Educación. Departamento de Educación, Gobierno Vasco. Boletín Oficial del País Vasco, nº 81, martes 2 de mayo de 2017. https://www.euskadi.eus/ayuda_subvencion/2017/bikaintasunerantz/web01-tramite/es/
 12. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire. J. Child. Psychol. Psychiatry. 1997;38: 581-86.
 13. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ [en línea]. <https://www.sdqinfo.org/a0.html>
 14. Harvey LJ, White FA, Hunt C, Abbott M. Investigating the efficacy of a Dialectical behaviour therapy-based universal intervention on adolescent social and emotional well-being outcomes. Behaviour Research and Therapy 2023;169: 104408. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104408>
 15. Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford Press, 2007.
 16. Mehlum L, Tørmoen A, Ramberg M, Haga E, Diep L, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(10): 1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
 17. Ritschel LA, Lim NE, Stewart LM. Transdiagnostic Applications of DBT for Adolescents and Adults. American Journal of Psychotherapy. 2015;69(2): 111-28. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111>
 18. Rathus JH, Miller AL. DBT Skills Manual for Adolescents. New York: Guilford Press, 2015.
 19. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals with Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(5): 475-82. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
 20. Sesma Pardo E, Fernández Rivas A, Orgaz Barnier P, Beá Mirabent M, Kerexeta Lizeaga I, Díaz Cosgaya A, et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. BMC Psychiatry. 2020 May 19;20(1): 245. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02649-2>

Susana Andrés-Perpiñá^{1,2,3,4,5 *} 
Rebeca Tarjuelo del Álamo^{6,7} 
Anna Pérez-Mas⁵
Júlia Llenas-Gauchola⁵
Carme Naranjo¹
Ester Roda¹
Eva Solé^{1,3} 
Anna Torres-Giménez^{1,3,5} 
Cristina López¹
Maria Teresa Plana^{2,3} 
Luisa Lázaro^{2,3,4,8} 
Alba Roca-Lecumberri^{1,3} 

1. Unidad de Salud Mental Perinatal. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.
2. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, 2017SGR881, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.
3. Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.
4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM – ISCIII, España.
5. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
6. Facultad de Enfermería, Universidad de Barcelona, España.
7. Servicio de Neonatología. Institut Clínic de Obstetrícia, Ginecologia y Neonatologia (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.
8. Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Susana Andrés-Perpiñá
Correo: sandres@clinic.cat

Madres con Trastornos de la Conducta Alimentaria y su impacto en la crianza: una revisión narrativa

Mothers with Eating Disorders and Their Impact on Parenting: A Narrative Review

RESUMEN

Objetivo: Estudiar el impacto de un Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) en la madre sobre la descendencia y si la presencia de este afecta a la calidad de la interacción madre-bebé a lo largo de la infancia hasta la adolescencia, así como sus consecuencias. **Método:** Se realizó una revisión cualitativa narrativa de la literatura de numerosas bases de datos (PubMed, PsycInfo y Scopus) que examinó cualquier resultado de TCA en madres y su afectación en la descendencia. **Resultados:** Esto llevó a 22 estudios incluidos (6 estudios de cohorte, 6 revisiones, 3 revisiones sistemáticas, 2 estudios observacionales, 4 estudios longitudinales y 1 estudio transversal). Se identificaron una variedad de resultados adversos para la descendencia, incluidas

ABSTRACT

Objective: To study the impact of maternal eating disorders (EDs) on the offspring and whether the presence of EDs affects the quality of the mother-infant interaction during childhood and adolescence and their consequences. **Method:** A qualitative systematic review of literature from several databases (PubMed, PsycInfo, and Scopus) was conducted, examining outcomes of EDs in mothers and their impact on offspring. **Results:** Based on a total of 22 studies (6 cohort studies, 6 reviews, 3 systematic reviews, 2 observational studies, 4 longitudinal studies and 1 cross-sectional study), a variety of adverse outcomes for offspring were identified, including alterations in attachment and bonding,

alteraciones en el apego y vínculo, así como en el juego y la alimentación. **Conclusión:** El periodo perinatal es una etapa de riesgo para recaídas o el agravamiento del TCA en la madre. La presencia de un TCA en la madre, presente o pasado, se asocia a problemas en la interacción con la descendencia, especialmente en momentos de alimentación. Esto puede afectar la relación entre madre e hijo, así como la relación del niño o niña con la alimentación a corto y largo plazo

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, madre, descendencia, interacción madre-bebé, perinatal.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son trastornos de la salud mental caracterizados por alteraciones en la conducta alimentaria que tienen un impacto significativo en el bienestar emocional, físico y psicosocial de la persona (1). Los TCA tienen una elevada prevalencia en la población general, encontrándose en 8,4% en mujeres y 2,2% en hombres. Este trastorno puede presentarse en todos los rangos de edad, diagnosticándose especialmente durante la adolescencia y adultez temprana, pudiendo persistir crónicamente (2, 3).

El periodo perinatal, definido desde el embarazo hasta el final del primer año posparto, se ha identificado como un periodo crítico para la aparición o recaída de trastornos mentales en las madres, pudiendo afectar también a su descendencia (4). Se estima que el 20% de mujeres tendrán un problema de salud mental perinatal, la prevalencia de TCA en la etapa perinatal se encuentra entre el 5-7,5% (5).

Aunque se ha descrito una leve mejoría de los TCA en algunas mujeres durante el embarazo, hay una tendencia a que empeoren en el periodo del posparto, reapareciendo los síntomas alimentarios a menudo con más gravedad que antes del embarazo. El 80% de las mujeres con TCA atribuyen esta recaída al hecho de sentir elevado malestar con su imagen corporal y querer perder rápidamente el peso y volumen ganado durante el embarazo. Además, la maternidad puede alterar las rutinas y el sueño, dificultando las pautas alimentarias regulares (6).

as well as in play and feeding. **Conclusions:** The perinatal period is a high-risk period for relapse or worsening of maternal eating disorders. The presence of an eating disorder in the mother, present or past, is associated with impaired interaction with the baby and child, especially during feeding times. This can affect the mother-child relationship, as well as the child's relationship with food in the short and long term.

Keywords: Eating disorders, mother, offspring, mother-infant interaction, child development, perinatal period.

Se ha hipotetizado que las personas con TCA presentan dificultades para poder distinguir sensaciones somáticas como el hambre, el sentimiento de afecto y la ira (3). Si esto es así, estas dificultades pueden interferir en la percepción de la madre sobre los estados propios y también sobre los estados y la conducta de su bebé, impidiendo una respuesta adecuada y diferenciada a las señales somáticas y emocionales del propio niño o niña. Esta interpretación errónea puede dar lugar a confusiones en el infante acerca de sus propios estados en el ámbito de la alimentación y relacional (7).

En la semana posterior al parto, las mujeres con preocupación por el peso y/o alimentación durante el embarazo muestran un aumento de angustia. Los factores estresantes relacionados con la maternidad, junto con los cambios corporales que se dan en el embarazo, dan lugar a una mayor predisposición a padecer una depresión posparto (DPP) (6). En población general, el 10% de las madres experimenta DPP (8). Sin embargo, esta cifra aumenta significativamente en mujeres con un TCA activo, alcanzando aproximadamente el 50%, mientras que en aquellas con antecedentes de TCA, la prevalencia se sitúa en un 29% (6).

Diversas investigaciones han demostrado que las madres con problemas de salud mental, especialmente las que padecen trastornos del estado de ánimo, tienen dificultades para adquirir competencias y, generalmente, sufren una mala comunicación diádica que crea tensión y frustración que interfiere en el proceso de vinculación (9). En el caso de la DPP, se

16

ha observado la existencia de una mayor probabilidad de tener más problemas cognitivos y emocionales durante el desarrollo del infante. Incluso se ha visto que las madres con DPP presentan problemas para interactuar con sus bebés ya desde los dos meses posparto (10). Las madres con algún trastorno mental muestran un aumento de la prevalencia del trastorno del vínculo con el bebé, situándose en un 22-67% (11) generando interacciones poco sensibles de la madre a las señales emitidas por el bebé y dificultando la mentalización de sus necesidades (12). Estas alteraciones en el vínculo y la interacción podrían provocar problemas en el apego del bebé, mostrando patrones más inseguros (13).

El presente estudio tiene como objetivo la revisión narrativa de investigaciones nacionales e internacionales que estudian el impacto del TCA en la madre en la crianza de sus hijos e hijas. Se quiere investigar si la presencia de este trastorno en la madre afecta a la calidad de interacción en diferentes momentos de la crianza y cómo esto puede influir en el desarrollo del bebé a lo largo de su infancia y adolescencia.

MÉTODO

Fuentes de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de diferentes bases de datos (PubMed, PsycInfo y Scopus). Las palabras clave empleadas fueron “eating disorder*” [Title] AND “mother*” AND “child*” AND “pregnant*”, hasta diciembre de 2024. En la base de datos Scopus se especificó que el contenido se refiriera al ámbito de la psicología. Como el objetivo del estudio es poder evaluar la relación de las madres con TCA y el impacto que tiene este trastorno en la crianza y cuidados hacia sus hijos e hijas, se incluyen todo tipo de artículos que presenten a madres con TCA, pasado o presente, durante la gestación y/o posparto, teniendo en cuenta la relación en los cuidados maternos y sus efectos en la descendencia. Se recogen aquellas publicaciones cuyo diagnóstico primario es el TCA, excluyendo los casos en los que este trastorno es secundario a otra patología.

Selección de los estudios

Respecto a los criterios de selección empleados, los de inclusión fueron: (a) artículos escritos en español y/o inglés, (b) madres con TCA, pasado y/o presente, durante la gestación y posparto y (c) cuidados maternos y el efecto del TCA. Los criterios de exclusión fueron: (a) TCA no en madres, (b) interacciones paternofiliales no relacionadas con el TCA de la madre, (c) otras patologías, (d) artículos con finalidad dietética/nutricional, (e) artículos únicamente centrados en resultados biológicos y del parto, (f) artículos únicamente centrados en neurodesarrollo y (g) estudios de caso único. El proceso de identificación y selección de artículos se refleja en la [Figura 1](#).

Evaluación de calidad y extracción de datos

Dos autoras (J.L. y A.P.) seleccionaron, extrajeron y verificaron de forma independiente los datos basándose en los criterios de exclusión e inclusión seleccionados a priori. Para cada estudio, se extrajeron los siguientes datos cuando estaban disponibles: diseño del estudio, información demográfica, incluidas las características de los participantes (tamaño de la muestra y edad comprendida de la crianza), y resultados obtenidos. Los estudios identificados investigaron una serie de resultados en la díada madre-bebé diferentes. Después de un debate entre las autoras, se analizaron aquellas investigaciones que trataban la interacción entre madre-bebé de forma detallada, en diferentes ámbitos principalmente durante la alimentación/lactancia y durante el juego. Además, también se tuvieron en cuenta aquellos que analizaban las consecuencias de esta interacción sobre el vínculo y el apego. Algunos de los estudios investigaron más de un resultado y se incluyeron en más de un dominio.

La descripción metodológica de los estudios analizados se incluye en la [Tabla 1](#). En la revisión se incluyen 22 investigaciones: 6 estudios de cohorte de base poblacional, 6 revisiones, 3 revisiones sistemáticas, 2 estudios observacionales, 4 estudios longitudinales y 1 estudio transversal. En relación con

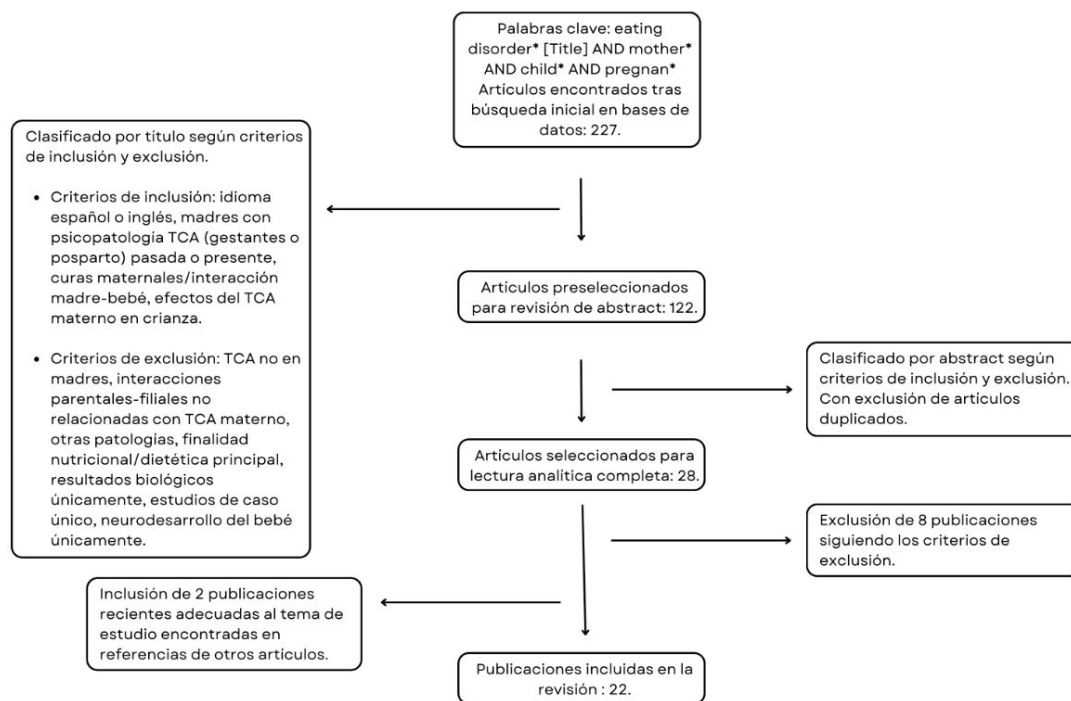


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios.

los estudios de cohorte, la mayoría de ellos son estudios prospectivos, además de algunos longitudinales. Los trabajos se realizan exclusivamente en la población femenina, todas mayores de edad y madres. Estas participantes se caracterizan por tener un TCA, tanto activo como pasado, en el momento del estudio. La mayoría de los estudios no especifican el trastorno, exceptuando algunos de ellos que diferencian las madres con AN y BN. Los bebés de estos estudios comprenden edades variadas, desde el momento de la gestación hasta llegar a los estudios longitudinales donde siguen su evolución hasta la adolescencia.

RESULTADOS

Varios estudios han analizado la interacción de madres con TCA con sus hijos e hijas en diferentes contextos. Se han observado cambios en la interacción, especialmente durante el juego y la alimentación a lo largo de la vida del bebé, su infancia y hasta la adolescencia. En la [Tabla 2](#) se presentan los resultados obtenidos de los artículos seleccionados.

Interacción durante el juego

En cuanto a la interacción maternofilial durante el juego, se han encontrado resultados discrepantes. Por un lado, hay evidencia de que las madres con TCA tienden a ejercer más control verbal (dan más órdenes, emiten más advertencias), son más intrusivas, presentan una menor estructura y ofrecen una menor facilitación durante el juego ([14](#), [15](#)). Su estilo de crianza tiende a ser más controlador o autoritario ([16](#)). Por otra parte, no se encontraron diferencias en la frecuencia de verbalizaciones ni de contacto físico en comparación con la población general ([14](#)). Eran madres con disponibilidad emocional, sensibilidad y no eran hostiles, al igual que las madres control durante las primeras 8 semanas del bebé. Aun así, referían sentir más estrés parental y ansiedad ante los diferentes desafíos de la crianza ([17](#)).

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios analizados

Estudio	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Edad de la crianza
1. Stein et al. (1994) (14)	Estudio observacional	n=34 mujeres con un TCA reciente y que estaban embarazadas o en post parto reciente y sus hijos (peso superior a 2,500g en su nacimiento y sin complicaciones neonatales) n=24 grupo control N total = 83,820.	12 - 14 meses
2. Barona et al. (2016) (31)	Estudio de cohorte prospectivo de base poblacional	n= 1751 madres con bulimia nerviosa n= 1673 madres con anorexia nerviosa n= 658 madres con ambos trastornos Grupo control n= 79,738 madres sin trastorno N total = 8,622 mujeres y sus hijos.	18 meses - 7 años
3. Micali et al. (2014) (25)	Estudio de cohorte prospectivo longitudinal de base poblacional	n= 193 mujeres con anorexia nerviosa en el embarazo n= 158 mujeres con bulimia nerviosa en el embarazo grupo control n= 8,271 mujeres e hijos sin TCA	3,5 años
4. Watson et al. (2018) (15)	Revisión	-	-
5. de Barse et al. (2015) (26)	Estudio de cohorte de base poblacional	N total = 4,851 Grupo control n= 4436 mujeres sin TCA n= 415 mujeres con cualquier TCA	18 meses - 6 años
6. Watson et al. (2014) (21)	Revisión	-	-
7. Martini et al. (2022) (17)	Estudio de cohorte prospectivo de base poblacional	N total = 62 mujeres que participaron en la evaluación de 8 semanas → n= 36 mujeres con TCA → grupo control n= 26 mujeres sin TCA Total N= 42 mujeres han participado en la evaluación del primer año → n= 20 mujeres con TCA → grupo control n= 22 mujeres sin TCA N Total = 78 mujeres han participado en la evaluación de los 2 años → n= 34 mujeres con TCA → grupo control n= 44 mujeres sin TCA	1 - 2 años
8. Doersam et al. (2024) (7)	Estudio observacional	n=20 mujeres con TCA grupo control n= 31 mujeres sin TCA	10 meses
9. Reba-Harrelson et al. (2010) (36)	Estudio de cohorte de base poblacional	N total= 100,000 madres MoBa n=13,006 mujeres y sus hijos	Nacimiento - 36 meses
10. Patel et al. (2002) (24)	Revisión	-	-
11. Park et al. (2003) (20)	Revisión	-	-
12. Astrachan-Fletcher et al. (2008) (6)	Revisión	-	-
13. Rodgers et al. (2021) (29)	Estudio transversal	n = 73 díadas madre-bebé (no prematuros)	3 meses (no prematuros)
14. Martini et al. (2019) (1)	Estudio longitudinal prospectivo observacional	n=25 mujeres con TCA activo n=28 mujeres con TCA pasado n=46 controles sanos	Embarazo - 2 años
15. Micali et al. (2011) (16)	Estudio longitudinal prospectivo de base poblacional	n=441 mujeres con TCA a lo largo de la vida y sus hijos ALSPAC n=10,461 mujeres sin ningún trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida y sus hijos ALSPAC	Semana gestacional 32 - 6 meses posparto

Estudio	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Edad de la crianza
16. Behar et al. (2014) (19)	Revisión	-	-
17. Waugh et al. (1999) (23)	Estudio longitudinal observacional	n=10 mujeres con TCA actual o pasado (AN y/o BN) y sus hijos n=10 mujeres control y sus hijos	1 - 4 años
18. Mah et al. (2021) (4)	Revisión sistemática	22 publicaciones (17 de cohorte, 3 transversales, 1 estudio de caso controlado y 1 estudio de métodos mixtos)	Embarazo - 1 año
19. Micali et al. (2014) (27)	Estudio de cohorte longitudinal prospectivo	n=12,035 díadas madre-bebé ALSPAC	Seguimiento a la semana gestacional 12 y a los años 7, 10 y 13.
20. Squires et al. (2014) (18)	Estudio longitudinal observacional	N=28 mujeres n=10 mujeres con sintomatología TCA n=18 mujeres sin sintomatología TCA	Embarazo - 3 meses posparto
21. Martini et al. (2020) (22)	Revisión sistemática	32 publicaciones	Nacimiento - 12 años
22. Martini et al. (2024) (30)	Revisión sistemática exploratoria	17 publicaciones	Nacimiento - 12 años

Tabla 2. Resultados de los estudios.

Estudio	Resultados
1. Stein et al. (1994) (14)	Las madres del grupo experimental (TCA) eran más intrusivas y menos facilitadoras durante las comidas y el juego, mostrando más emociones negativas durante las comidas, pero no durante el juego. Hay un control verbal más predominante durante el juego. Manifiestan más conflictos con sus bebés durante las comidas y estos estaban menos alegres en ambas situaciones. Por último, estos bebés tendían a tener menos peso en comparación al grupo control.
2. Barona et al. (2016) (31)	Los hijos e hijas de mujeres con trastornos alimentarios corrían riesgo de desarrollar problemas en la primera infancia en la mayoría de los dominios (emocional, conducta, hiperactividad y dificultades con los pares) y eran más propensos a tener un temperamento difícil. También, las mujeres con TCA eran más propensas a informar que su relación con su hijo era difícil. Los hijos de mujeres con AN y BN a lo largo de su vida presentaron mayor probabilidad de presentar problemas totales, emocionales y con los pares, en comparación con los hijos de mujeres sanas.
3. Micali et al. (2014) (25)	Los hijos de mujeres con TCA de 3 años y medio tenían mayores probabilidades de problemas en la mayoría de los dominios (emocional, conducta e hiperactividad) en comparación con los niños no expuestos. Además, las niñas de mujeres con AN tenían una probabilidad dos veces y media mayor de tener dos o más problemas comórbidos. Los hijos de mujeres con BN tenían cinco veces más probabilidades de tener dos problemas de salud mental comórbidos.
4. Watson et al. (2018) (15)	Los antecedentes de trastornos alimentarios de los padres parecen aumentar la exposición de los hijos a actitudes críticas hacia el peso y la forma, la hora de comer y los patrones de alimentación que difieren de la norma, y mayores problemas en la alimentación y la imagen corporal durante la infancia temprana, media y la adolescencia.
5. de Barse et al. (2015) (26)	Los antecedentes de trastornos alimentarios de las madres están asociados con diferencias en las prácticas de alimentación de las madres y los patrones de alimentación emocional de los niños en edad preescolar. Las madres con antecedentes de AN a lo largo de su vida utilizan menos estrategias de alimentación de presión y que sus hijos tienen una tendencia a comer en exceso en respuesta a señales emocionales.

Estudio	Resultados
6. Watson et al. (2014) (21)	Los trastornos alimentarios en el embarazo predijeron mayores calificaciones maternas de temperamento infantil difícil a los seis meses de edad. Se encuentran problemas significativamente mayores en los hijos de madres con BN y trastorno por atracón. Las mujeres con trastornos alimentarios pueden tener más dificultades para distinguir entre prácticas alimentarias normales y anormales, pueden tener dificultades para mantener los alimentos disponibles y accesibles debido al miedo a los atracones y pueden encontrar que estar cerca de la comida es una parte estresante de la experiencia diaria de cuidados a un bebé.
7. Martini et al. (2022) (17)	Los altos niveles de psicopatología materna de TCA se correlacionaron con altos niveles de ansiedad, mayor afectividad negativa y menor extroversión en los hijos de madres con TCA tanto a 1 como a 2 años.
8. Doersam et al. (2024) (7)	Las madres con antecedentes de trastorno por atracón tienen dificultades para responder adecuadamente a las señales de los bebés, lo que resulta en niveles más altos de conflicto, comportamiento controlador e intrusivo y un clima emocional negativo general.
9. Reba-Harrelson et al. (2010) (36)	Los patrones de alimentación restrictiva fueron más comunes en las madres con trastornos alimentarios marcados por síntomas de atracones. La BN materna y el TCA se asociaron con mayores informes de problemas de alimentación infantil en relación con el grupo sin TCA. Se informaron síntomas de ansiedad infantil más altos en los hijos de madres con BN y TCA y las madres con BN informaron síntomas de TOC más altos en sus hijos. En cuanto a la asociación entre la conducta alimentaria materna y la conducta alimentaria infantil, tanto la restricción como la presión para comer se asociaron significativamente con conductas alimentarias desordenadas en los niños.
10. Patel et al. (2002) (24)	Los trastornos alimentarios maternos aumentan el riesgo de dificultades parentales y resultados adversos en el desarrollo de los niños. La influencia de los trastornos alimentarios maternos parece estar relacionada específicamente con problemas de crecimiento, alimentación, forma corporal y peso, aunque parece haber cierta influencia en la crianza en general.
11. Park et al. (2003) (20)	Un estudio longitudinal reveló que más del 40% de las nuevas madres no estaban satisfechas con su peso a los seis meses posparto, y el 80% de ellas atribuían la recaída de los síntomas posparto a sentirse gordas y al deseo de perder peso. Aunque tener un bebé podría aliviar los síntomas del trastorno de la conducta alimentaria (TCA), manteniendo la mejoría durante la lactancia y el destete, las madres con TCA alimentaban a sus hijos con horarios menos regulares y con fines no nutritivos, lo que dificultaba la autorregulación de la ingesta en los niños. Los problemas alimentarios en la infancia temprana pueden estar relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios en la niñez, adolescencia y adultez temprana. Además, estas madres mostraban una mayor preocupación por el peso de sus hijos, describiéndolos como regordetes o demasiado glotones, y tendían a ser más controladoras e intrusivas. Esto se reflejaba en los niños, quienes presentaban un tono emocional más bajo y mayor afecto negativo. Las hijas de madres con anorexia nerviosa (AN) tienden a imitar las conductas maternas en torno a la alimentación.
12. Astrachan-Fletcher et al. (2008) (6)	La combinación de factores estresantes psicológicos de una nueva maternidad y preocupaciones por la imagen corporal intensificadas por los cambios corporales residuales del embarazo pueden predisponer a las mujeres a tener una exacerbación de los síntomas de trastornos alimentarios, así como al desarrollo de trastornos del estado de ánimo posparto. Estos trastornos alimentarios en la madre tienen un impacto en el desarrollo de la depresión posparto y el vínculo madre-hijo durante el período posparto.
13. Rodgers et al. (2021) (29)	Se han observado relaciones entre los síntomas más frecuentes de trastornos alimentarios en la madre y la regulación de la alimentación con diferencias de género sustanciales en estos patrones. Además, estos datos sugieren que la autoeficacia en la lactancia materna puede ser independiente de las conductas alimentarias de sus bebés, de forma que las estrategias para mejorar la confianza en la lactancia materna deben estar dirigidas a la percepción de la madre de la experiencia de la lactancia materna e incorporarse en los esfuerzos y recursos de intervención.
14. Martini et al. (2019) (1)	Tener un TCA actual o pasado durante el embarazo se asocia prospectivamente con prácticas de alimentación maternas alteradas y preocupaciones sobre la alimentación del niño. Este estudio solo encontró efectos menores de los trastornos alimentarios en las prácticas de alimentación materna y las preocupaciones en la infancia.

Estudio	Resultados
15. Micali et al. (2011) (16)	Las dificultades de alimentación en los bebés de mujeres con TCA activos y a lo largo de la vida no solo se ven afectadas directamente por el TCA, sino también por la ansiedad y depresión maternas. Las dificultades de alimentación del bebé a su vez afectan a esta ansiedad y depresión de la madre
16. Behar et al. (2014) (19)	Los TCA son desórdenes psicopatológicos multicausales en cuya etiopatogenia emerge un reconocido influjo ambiental, en el cual cobra especial relevancia el contexto de desarrollo desde la infancia temprana. En este sentido, la impronta que establece un vínculo madre-hija/o adquiere una relevancia trascendental, siendo muchas veces determinante en la eventual aparición de una patología alimentaria.
17. Waugh et al. (1999) (23)	La conducta alimentaria en mujeres con trastornos alimentarios parece ser problemática desde el embarazo hasta los primeros años de vida y tiene diversas manifestaciones, desde bajo peso al nacer hasta dificultades con la lactancia materna y horarios de comida distantes y no interactivos. Aunque es poco probable que estos factores causen trastornos alimentarios, pueden contribuir a un entorno permisivo en el que es más probable que se exprese una predisposición genética.
18. Mah et al. (2021) (4)	Se identifican una variedad de resultados adversos para los lactantes, incluidos los resultados deficientes al nacimiento, el crecimiento y en la interacción en la alimentación. La identificación prenatal y el tratamiento para las mujeres con un TCA durante el periodo perinatal y sus infantes son vitales. La optimización de la nutrición del embarazo, los síntomas del TCA y las interacciones alimentarias parecen particularmente importantes.
19. Micali et al. (2014) (27)	Los hijos de mujeres con TCA tuvieron una probabilidad dos veces mayor de tener un trastorno emocional entre los 7 y los 13 años, especialmente trastornos de ansiedad. Los hijos de mujeres que informaron haber tenido AN previa al embarazo (ya fuera AN o AN+BN) tuvieron mayores probabilidades de tener un trastorno emocional durante la infancia/adolescencia temprana Se encontró evidencia de un efecto aditivo del TCA materno y otras psicopatologías sobre los trastornos psiquiátricos y emocionales de los hijos.
20. Squires et al. (2014) (18)	Las madres con TCA muestran patrones interactivos más disfuncionales al alimentar a sus bebés. Estas dificultades producen respuestas físicas y conductuales negativas tempranas en el bebé. El malestar en la relación puede dar lugar a patrones de interacción desregulados que causan trastornos en el crecimiento que pueden perdurar en el tiempo. Así, los bebés pueden desarrollar emociones intensas hacia la comida, que pueden enmascarar los sentimientos de hambre. Las actitudes de los cuidadores afectan, por lo tanto, la capacidad de los niños pequeños para diferenciar entre hambre y emoción. En este sentido, el estudio pone de relieve una cierta transmisión psíquica de patrones operativos internos en torno a la alimentación.
21. Martini et al. (2020) (22)	Las madres con trastornos alimentarios tienden a experimentar más dificultades para alimentar a sus hijos tanto en la infancia como en la adolescencia. Aunque los estudios sobre la lactancia materna arrojan resultados mixtos, las mujeres con trastornos alimentarios a menudo informan de dificultades con esto. A lo largo de los años de la primera infancia, las dificultades como la alimentación lenta, la alimentación en pequeñas cantidades y la falta de rutinas de alimentación establecidas surgieron como comunes entre las madres con trastornos alimentarios. Los estilos de alimentación parentales restrictivos, las emociones negativas expresadas y los comportamientos intrusivos también parecieron ser más frecuentes en las madres con trastornos alimentarios en comparación con los controles.
22. Martini et al. (2024) (30)	Las madres con TCA pueden enfrentar dificultades en sus interacciones con sus hijos, tanto en contextos de alimentación como de no alimentación. Suelen ser más intrusivos, expresan más emociones negativas y tienen mayores conflictos durante las comidas, además de mostrar menor sensibilidad en otras interacciones. Estas dificultades pueden afectar potencialmente el funcionamiento socioemocional y la psicopatología de los niños, quienes presentan más problemas emocionales y de conducta. También se identifican diferencias según el tipo de TCA y la influencia de otros factores como la ansiedad o depresión en los padres.

Alimentación en las diferentes etapas del desarrollo

La interacción madre-bebé en relación con las comidas ha sido ampliamente estudiada debido al elemento central de la conducta alimentaria y su afectación tanto para la progenitora con TCA como para la crianza. Se ha observado que tener un TCA actual o pasado durante el embarazo, se asocia prospectivamente con prácticas de alimentación maternas alteradas y preocupaciones sobre la alimentación del niño (1). Además, varias investigaciones apuntan que estas madres pueden presentar una peor interacción con su bebé, especialmente durante la lactancia y alimentación (16, 18).

Lactancia

Una lactancia materna prolongada fomenta un mejor vínculo, ayuda en la pérdida de peso posparto y da una oportunidad para mejorar los hábitos alimentarios, siendo una oportunidad de interacción entre madre-bebé (7, 19, 20, 21).

Las madres que presentan TCA mostraron deseos de iniciar la lactancia materna igual que en la población general. Aun así, mostraron mayor dificultad para mantenerla en el tiempo (22,23), expresaron más comentarios negativos respecto a la alimentación de sus bebés, mostrando una menor interacción positiva en esos momentos (7). También se ha podido ver que las madres con grandes preocupaciones por la forma y peso corporal presentaban menos probabilidades de dar lactancia materna, asociándolo a un bajo vínculo fetal durante su embarazo (24). Por último, las madres con TCA estaban más preocupadas por la alimentación de sus hijos a los 3 meses posparto (7, 19).

Etapas 1-4 años

Diversas investigaciones han mostrado cómo durante los años de la primera infancia, las dificultades como la alimentación lenta, la alimentación en pequeñas cantidades y la falta de rutinas de alimentación aparecen como factores comunes entre las madres con trastornos alimentarios (22, 25).

Se observó en hijos de madres con TCA con edades comprendidas entre 1-4 años que los niños y niñas se muestran menos contentos en los momentos de alimentación, presentan mayor rechazo de

alimentación complementaria y mayores conflictos (24). Además, también hacen un mayor uso de la sobrealimentación emocional y presentan un menor peso corporal a los 12 meses, relacionado con el conflicto en las comidas (4, 26).

En cuanto a las madres con TCA, durante esta etapa, ejercían un mayor control restrictivo de comida de sus hijos (no permitir que sus hijos coman dulces, no dejar repetir, no picar nada entre comidas, diluir biberones...). Además, se ha descrito que las madres con TCA cocinan menos, no comen delante de los niños y presentan miedo a que el contacto con la comida desencadene un atracón (24). También se apreciaron conductas más intrusivas durante la comida y mostraron menor interacción y escasas apreciaciones positivas sobre la comida, el sabor o la experiencia de comer (23). También se ha descrito una mayor expresión de afecto negativo durante las comidas y un uso no nutritivo de la comida para recompensar, calmar o expresar amor (26, 24, 20, 21).

Etapas 5-12 años

Los efectos del TCA en la madre continúan reflejándose en el transcurso del tiempo en sus hijos, viendo un aumento de las dificultades alimentarias, la presencia de una mayor psicopatología, mayores dificultades socioemocionales y cognitivas hasta los 12 años (4). Se ha descrito que pueden hacer uso de la comida como práctica regulatoria, con el objetivo de regular emociones o usar la comida como recompensa (22). También, se ha descrito en los niños de 3, 4, 7 y 9 años, hijos de madres con TCA, un patrón alimentario “consciente de la salud/vegetariano”, con mayor preferencia por alimentos vegetarianos, fruta, ensaladas, etc. (5).

Hay estudios longitudinales que muestran el desarrollo de los infantes de madres con TCA. Se ha podido ver que la descendencia de madres con TCA presentan el doble de probabilidades de padecer un trastorno emocional entre los 7 y 13 años (especialmente trastorno de ansiedad) como también sintomatología relacionada con el TCA. Los hijos e hijas de madres con TCA presentaban más restricción alimentaria, daban más valor al peso y forma en su autoevaluación y tenían más preocupación por el sobrepeso o la obesidad. Este aumento de la prevalencia de trastornos

emocionales en la infancia también se vio con madres que tuvieron un TCA previo al embarazo (27). Esto podría deberse no únicamente a la afectación del TCA, sino también por la ansiedad y depresión materna, que ha mostrado también ser más prevalente en mujeres con TCA o antecedentes (6,16).

Adolescencia

La presencia de psicopatología parental impacta tanto a los padres como a su entorno cercano. Varios estudios sugieren que el historial parental de trastornos alimentarios parece aumentar la exposición de los hijos a actitudes críticas sobre el peso y la figura, los horarios y patrones de alimentación que difieren de lo habitual, así como a mayores problemas con la alimentación y la imagen corporal durante la primera infancia y la adolescencia (15).

En el período de la adolescencia se da un mayor riesgo de desarrollar algún trastorno mental, incluido el TCA. Se ha podido ver que el 17% de niñas con anorexia nerviosa tienen una madre con antecedente de TCA en comparación al 3-5% de la población general (19). Field et al. (2008) (28) demostraron que niñas menores de 14 años con madres que presentaban una historia de TCA, exhibían casi 3 veces más de posibilidades de purgar semanalmente.

Diferencias de género

Las madres con TCA suelen presentar una mayor preocupación por el peso de sus hijas desde los 2 años, usan unas prácticas de alimentación más controladoras en sus hijas y las perciben con un temperamento más difícil (7, 20, 29). Además, ya desde la edad infantil, presentan mayor presión para realizar ejercicio físico, especialmente en las hijas (30).

Según el estudio de Micali et al. (25), las niñas de las madres con AN fueron más propensas a presentar dos o más trastornos comórbidos, mientras que los niños de madres con BN fueron más propensos a presentar dos o más problemas comórbidos. Los hijos e hijas de 3 años y medio de madres con TCA tienen mayores probabilidades de psicopatología en la mayoría de los dominios (emocional, conducta e hiperactividad). En el caso de las niñas de madres con AN, presentan una probabilidad dos veces y media

mayor de tener dos o más problemas comórbidos. Por otro lado, los niños de madres con BN tienen cinco veces más probabilidad de tener dos problemas de salud mental comórbidos.

Por otro lado, el estudio de seguimiento de la cohorte de nacimientos danesa (DNBC) observaron que el trastorno alimentario materno se asociaba con psicopatología infantil tanto en niños como en niñas. En esa muestra, los niños parecían tener un mayor riesgo de psicopatología. Las asociaciones entre los trastornos emocionales en ambos sexos en hijos de madres con anorexia nerviosa a lo largo de la vida, y la hiperactividad y las dificultades con los compañeros en hijos de madres con bulimia nerviosa a lo largo de la vida apuntan a un posible riesgo compartido entre el trastorno alimentario y otras psicopatologías (31).

Consecuencias sobre el desarrollo

Las madres con TCA pueden enfrentar dificultades en sus interacciones con sus hijos, tanto en contextos de alimentación como de no alimentación. Suelen mostrar actitudes más intrusivas y controladoras, expresar más emociones negativas y tener mayores conflictos durante las comidas, además de mostrar menor sensibilidad en otras interacciones. Estas dificultades pueden afectar potencialmente el funcionamiento socioemocional y la psicopatología de los niños, quienes presentan más problemas emocionales y de conducta (22, 30, 20).

Los trastornos alimentarios en el embarazo predijeron mayores calificaciones maternas de temperamento infantil difícil a los seis meses de edad, además de correr el riesgo de desarrollar problemas en la primera infancia en la mayoría de los dominios (emocional, conducta, hiperactividad y dificultades con los pares) (31, 21).

Los trastornos alimentarios maternos aumentan el riesgo de dificultades parentales y se relacionan con resultados adversos en el desarrollo de los niños. La influencia de los TCA en la madre parece estar relacionada específicamente con problemas de crecimiento, alimentación, forma corporal y peso, aunque parece haber cierta influencia en la crianza en general (24).

Se ha visto que altos niveles de psicopatología materna de TCA se correlacionaron con altos niveles de ansiedad,

24

mayor afectividad negativa y menor extroversión en sus hijos, tanto al primer como a los dos años (17).

Respecto al apego infantil, en hijos de mujeres con TCA, se ha visto que predomina un estilo de apego inseguro en la crianza. Cuando la psicopatología materna incluye la Anorexia Nerviosa (AN), el estilo de apego predominante es el evitativo, presentando retraimiento, escepticismo, dificultad para confiar y depender de los demás. Cuando el TCA es del tipo Bulimia Nerviosa (BN), el estilo de apego infantil más prevalente es de tipo inseguro ansioso, mostrando relaciones interpersonales inseguras, preocupación por un posible abandono e inseguridad en los otros (19).

Aun así, es importante destacar que una proporción significativa de niños en muestras comunitarias no se ven afectados por el trastorno alimentario de sus madres, por lo que no se debe asumir que todos los niños se ven invariablemente afectados negativamente (20).

DISCUSIÓN

Según los resultados de esta revisión, los trastornos alimentarios en la madre tienen un impacto en el desarrollo psicológico, cognitivo y alimentario de los hijos y pueden influir en el desarrollo de TCA en la descendencia (22). Además de presentar cierta predisposición genética, esta psicopatología alimentaria puede heredarse de padres a hijos a través de los efectos de la sintomatología directa e indirecta del trastorno en las funciones parentales (24). Debemos tener presente que el TCA tiene una causa multifactorial, con un gran predominio ambiental (19). Según Cordella et al. (2009) (32), los progenitores, mediante el establecimiento de patrones inseguros y una escasa elaboración psíquica conjunta de los eventos emocionales, podrían transmitir a sus hijos/as valores, preocupaciones y conductas relacionadas sobre la imagen corporal y el peso.

La conducta alimentaria en mujeres con TCA tiene diversas manifestaciones en interacción con el bebé, como dificultades con la lactancia materna y momentos de comida distantes y no interactivos. Aunque es poco probable que estos factores causen trastornos alimentarios, pueden contribuir a un entorno en el que sea más probable que se exprese esta predisposición genética (23).

Numerosos estudios han demostrado que los bebés presentan una habilidad innata para establecer un compromiso mutuo en la comunicación bidireccional, viéndolo a través de interacciones con sus cuidadores en varios contextos (alimentación, juego, interacción verbal...). La calidad del vínculo y de las interacciones que se establecen entre progenitor-descendencia están influenciadas por una interacción compleja de factores individuales, influencias ambientales y dinámicas relacionales (33,34). Estas interacciones juegan un papel crucial en la creación de la habilidad para autorregularse, teniendo un impacto emocional y comportamental en su desarrollo (35, 20, 36). Debido a que los infantes se ven influenciados por sus cuidadores mediante la observación e internalización de sus comportamientos y actitudes, estas pueden llegar a convertirse en poco saludables debido a la presencia del TCA (37). Las madres pueden presentar dificultades en la disponibilidad emocional debido a las preocupaciones consecuencia del TCA. También estas preocupaciones pueden interferir en el hecho de estar emocionalmente disponible para el bebé, lo cual puede ser un obstáculo para el establecimiento de un vínculo emocional seguro. Muchas veces se perciben a ellas mismas como incapaces para ejercer su rol parental, teniendo dificultades para el establecimiento del vínculo con el bebé (38).

La evidencia disponible sugiere que la crianza de madres con patologías alimentarias está en alto riesgo de desarrollar alteraciones en una variedad de ámbitos, incluidos los TCA (19). Esto puede darse a través de diferentes vías, como es el establecimiento de patrones de apego inseguro (donde el hijo o hija siente que no puede confiar que su figura de apego esté disponible para él o ella siempre que la necesite) o la transmisión de valores y preocupaciones relacionadas con la imagen y el peso (32). Además, hay evidencia donde se sugiere que los hijos de estas madres tienen más probabilidades de tener adversidades en el desarrollo, incluidos el temperamento difícil, problemas emocionales, cognitivos y de la conducta (22).

Varios estudios apuntan que la conducta alimentaria en mujeres con TCA parece ser problemática desde el embarazo hasta los primeros años de vida del bebé (23). La alimentación ocupa una parte importante de la vida de un bebé durante los primeros años. Es una de las tareas críticas de la crianza y un momento importante para la

interrelación entre madre/padre y bebé. El ejemplo y el estímulo a la hora de comer son importantes para fomentar una alimentación sana y variada (23). Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de mecanismos de regulación de la ingesta de alimentos y diferenciación entre hambre, saciedad y estados emocionales como la ira o el deseo de atención (7).

Los problemas de alimentación que comienzan en la infancia a menudo persisten hasta la edad escolar, y tienen efectos en todos los aspectos del desarrollo infantil, así como en la alimentación en etapas posteriores de la vida. Además, los problemas de alimentación son una causa importante de estrés para los padres (16).

Las madres con TCA muestran patrones interactivos más disfuncionales al alimentar a sus bebés. Estas dificultades producen respuestas físicas y conductuales negativas tempranas en el bebé. El malestar en la relación puede dar lugar a patrones de interacción desregulados que causan trastornos en el crecimiento que pueden perdurar en el tiempo. Así, los bebés pueden desarrollar emociones intensas hacia la comida, que pueden enmascarar los sentimientos de hambre. Las actitudes de los cuidadores afectan, por lo tanto, la capacidad de los niños pequeños para diferenciar entre hambre y emoción, poniendo de relieve una cierta transmisión psíquica de patrones operativos internos en torno a la alimentación (18). Cuando la alimentación se convierte en una lucha por el control entre madre-hijo (una tarea más que una experiencia de crecimiento placentera), la alimentación del hijo puede estar más guiada por su experiencia emocional que por sus necesidades fisiológicas (7, 24, 36, 23).

En cuanto a madres con TCA en relación con la depresión postparto es importante mencionar cómo ambos trastornos se retroalimentan y afectan la relación madre-hijo. En el posparto, los cambios emocionales y físicos en la madre pueden agravar los TCA, dificultando la gestión de sus propias señales emocionales y somáticas, lo que afecta su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades del bebé. Estas dificultades pueden alterar el vínculo afectivo y el apego seguro, comprometiendo la calidad de la interacción maternofilial. Además, la DPP, más frecuente en madres con TCA, intensifica

estas dificultades, afectando el desarrollo emocional del niño y potencialmente generando trastornos de apego a largo plazo (6).

Como se ha podido destacar, se identifican una variedad de resultados adversos para la descendencia, incluyendo alteraciones en el nacimiento, el crecimiento y en la interacción con el bebé. Aun así, es importante destacar que una proporción significativa de niños en muestras comunitarias no se ven afectados por el trastorno alimentario de sus madres, por lo que no se debe asumir que todos los niños se ven invariablemente afectados negativamente (20).

La identificación prenatal y el tratamiento para las mujeres con un TCA durante el período perinatal y sus infantes son vitales. La optimización de la nutrición del embarazo, el control de los síntomas del TCA y las interacciones alimentarias parecen particularmente importantes (4). Por eso mismo, comprender cómo los trastornos alimentarios impactan en la calidad de la interacción madre-hijo en las distintas etapas del desarrollo infantil es crucial para el diseño de intervenciones que, además de ofrecer apoyo a las madres con TCA, puedan ayudar a mitigar la transmisión intergeneracional de estos trastornos (1). La investigación futura debería centrarse en la resiliencia y en qué factores protectores podrían conducir a resultados positivos. Estos factores pueden utilizarse entonces como objetivos terapéuticos y preventivos.

CONCLUSIONES

En conclusión, las madres con TCA suelen presentar patrones alimentarios altamente restrictivos. Es frecuente que experimenten comorbilidad con trastornos como la ansiedad y la depresión, y suelen manifestar sentimientos de culpa y vergüenza asociados. A menudo, suele ocurrir que estas madres interrumpan la lactancia materna de manera precoz, y tienden a ejercer un control excesivo sobre el consumo de alimentos de sus hijos, imponiendo presión para que coman, estableciendo horarios irregulares y ofreciendo comidas monótonas. Suelen ser particularmente estrictas con la ingesta de alimentos ricos en lípidos, y muestran actitudes críticas hacia la forma corporal de sus hijas.

26

Puntos clave:

- El periodo perinatal es una etapa de riesgo para recaídas o el agravamiento del TCA en la madre. La ansiedad y depresión maternas, en especial la depresión postparto, presentan una alta prevalencia en madres que sufren trastornos alimentarios y pueden afectar el vínculo y la interacción con el bebé.
- La interacción madre-hijo, en particular durante la alimentación, suele verse alterada, lo que puede generar dificultades en la relación del niño con la comida.
- El TCA en madres aumenta significativamente el riesgo de problemas alimentarios en los hijos, tanto si el TCA está activo o forma parte del pasado de la madre.
- Estos problemas en la alimentación pueden persistir durante la infancia e incluso extenderse hasta la edad escolar y la adolescencia, afectando la relación del niño con la comida a lo largo de su vida.
- Esta afectación parece ser más importante en las hijas que en los hijos de madres con TCA.
- Un adecuado seguimiento psicológico de mujeres con TCA (pasado o presente) durante la etapa perinatal puede contribuir a la mejora del bienestar de la díada madre-bebé, previniendo o pudiendo detectar e intervenir tempranamente en la aparición de posibles alteraciones en el desarrollo y la interacción con el bebé.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses respecto a este artículo.

REFERENCIAS

1. Martini MG, Taborrelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(2): 137-46. <https://doi.org/10.1002/erv.2626>
2. Andrés-Perpiñá S, Plana MT, Flamarique I, Romero S, Borràs R, Julià L, et al. Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020;25(1): 33-44. <https://doi.org/10.1177/1359104519827629>
3. Treasure D, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *The Lancet.* 2020;395(10227): 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
4. Mah B, Cibralic S, Hanna J, Hart M, Loughland C, Cosh S. Outcomes for infants whose mothers had an eating disorder in the perinatal period: A systematic review of the evidence. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12): 2077-94. <https://doi.org/10.1002/eat.23612>
5. Easter A, Bye A, Taborrelli E, Corfield F, Schmidt U, Treasure J. et al. Recognising the symptoms: How common are eating disorders in pregnancy? *Eur Eat Disord Rev.* 2013;21(4): 340-44. <https://doi.org/10.1002/erv.2229>
6. Astrachan-Fletcher E, Veldhuis C, Lively N, Fowler C, Marcks B. The reciprocal effects of eating disorders and the postpartum period: a review of the literature and recommendations for clinical care. *J Womens Health.* 2008;17(2): 227-39. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0611>
7. Doersam AF, Throm JK, Sörensen F, Martus P, Kraegeloh-Mann I, Preissl et al. Mother-infant feeding interactions in mothers with and without eating disorder history: Results of a structured observational study. *Appetite.* 2024;200: 107551. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107551>
8. García-Esteve L, Valdés Miyar M. Manual de Psiquiatría perinatal. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2017.
9. Farré Sender, B. El vínculo materno-infantil: evaluación y detección de los factores de riesgo prenatales en madres diagnosticadas de un trastorno mental (Tesis doctoral, Universitat de Barcelona). Dipòsit Digital UB. 2018
10. Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 1996;37: 927-35. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1996.tb01490.x>

11. Palacios-Hernández B. Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Salud UIS*. 2016;48(2): 164-76.
12. Romero Sánchez P, López Rodríguez F. Estructura cíclica y sincronía en la interacción madre-infante. *Conductual*. 2015;3: 211-22. <https://doi.org/10.59792/PWZB9710>
13. Ainsworth MDS. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*. 1969;40: 969-1065.
14. Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG. An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35(4): 733-48. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01218.x>
15. Watson, H.J., O'Brien, A., & Sadeh-Sharvit, S. Children of Parents with Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20: 101. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0970-3>
16. Micali N, Simonoff E, Stahl D, Treasure J. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(7): 800-807. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02341.x>
17. Martini MG, Taborelli E, Easter A, Bye A, Eisler I, Schmidt U. et al. Effect of maternal eating disorders on mother-infant quality of interaction, bonding and child temperament: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev*. 2022; 31(2); 335-48. <https://doi.org/10.1002/erv.2960>
18. Squires C, Lalanne C, Murday N, Simoglou V, Vaivre-Douret L. The influence of eating disorders on mothers' sensitivity and adaptation during feeding: a longitudinal observational study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14: 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-274>
19. Behar R, Arancibia M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas (os). *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(6): 731-9. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062014000600012>
20. Park RJ, Senior R, Stein, A. The offspring of mothers with eating disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12: I110-I119. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1114-8>
21. Watson HJ, Torgersen L, Zerwas S, Reichborn-Kjennerud T, Knoph C, Stoltenberg et al. Eating disorders, pregnancy, and the postpartum period: Findings from the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Nor epidemiol*. 2014;24(1-2): 51-62. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1758>
22. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature. *Arch Women Ment Health*. 2020; 23(4): 449-67. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01019-x>
23. Waugh E, Bulik CM. Offspring of women with eating disorders. *International J Eat Disord*. 1999;25(2): 123-33. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<123::AID-EAT1>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<123::AID-EAT1>3.0.CO;2-B)
24. Patel P, Wheatcroft R, Park R, Stein, A. The children of mothers with eating disorders. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2002;5(1): 1-19. <https://doi.org/10.1023/a:1014524207660>
25. Micali N, Stahl D, Treasure J, Simonoff, E. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders: understanding risk mechanisms. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(2): 124-34. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12112>
26. de Barse LM, Tharner A, Micali N, Jaddoe VV, Hofman A, Verhulst, et al. Does maternal history of eating disorders predict mothers' feeding practices and preschoolers' emotional eating? *Appetite*. 2015;85: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.031>
27. Micali N, De Stavola B, Ploubidis GB, Simonoff E, Treasure J. The effects of maternal eating disorders on offspring childhood and early adolescent psychiatric disorders. *Int J Eat Disord*. 2014;47(4): 385-93. <https://doi.org/10.1002/eat.22216>
28. Field AE, Javaras KM, Aneja P, Kito N, Camargo CA Jr, Taylor CB et al. Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Arch pediat adolesc med*. 2008;162(6): 574-9. <https://doi.org/10.1001/archpedi.162.6.574>
29. Rodgers RF, Hines M, Martens A, Zimmerman E. Correlation between maternal eating disorder and early infant feeding regulation: a cross-

- sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021;21: 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04317-z>
30. Martini MG, Yim SH, Eisler I, Micali N, Schmidt U. Bonding and parent-child quality of interaction in parents with eating disorder: a scoping review. Eur Eat Disord Rev. 2025;33(2): 221-38. <https://doi.org/10.1002/erv.3144>
31. Barona M, Andersen A, Micali N. Childhood psychopathology in children of women with eating disorders. Acta Psychiatr Scand. 2016;134(4): 295-304. <https://doi.org/10.1111/acps.12616>
32. Cordella P, Castro L, Díaz C, Zavala C, Lizana P. Las madres de adolescentes y jóvenes chilenos con trastornos alimentarios. Rev med Chile. 2009;137(6): 785-90. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872009000600008>
33. Bowlby JA. Secure base: parent-child attachment and healthy human development. London: Routledge, 1988.
34. Brockington I. Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. Psychopat. 2011;44(5): 329-36. <https://doi.org/10.1159/000325058>
35. Cerniglia L. An update on the special issue 'parent-child interactions: Paths of intergenerational transmission of psychopathological risk'. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(3): 328. <https://doi.org/10.3390/ijerph21030328>
36. Reba-Harrelson L, Holle AV, Hamer RM, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik, CM. Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). Eat Behav. 2010;11(1): 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.09.004>
37. Chapman L, Cartwright-Hatton S, Thomson A, Lester KJ. Parental eating disorders: A systematic review of parenting attitudes, behaviours, and parent-child interactions. Clin Psychol Rev. 2021;88: 102031. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102031>
38. Stitt N, Reupert A. Mothers with an eating disorder: 'Food comes before anything'. J Psychiatr Ment Hlt Nurs. 2014;21(6): 509-17. <https://doi.org/10.1111/jpm.12104>

Marta Sánchez Moreno¹ * 
Maria Pilar Polo Sojo¹ 
Boris Birmaher¹ 

1. Salud Mental Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa,
Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Marta Sánchez Moreno
Correo: msanchezmore@salud.aragon.es

Trastorno Bipolar en la infancia, desafío diagnóstico y terapéutico: a propósito de un caso clínico

Bipolar Disorder in Childhood: A Diagnostic and Therapeutic Challenge; A Clinical Case Report

RESUMEN

Introducción: Se piensa que el Trastorno Bipolar se inicia principalmente en la edad adulta, sin embargo, todos los estudios epidemiológicos y retrospectivos en adultos con diagnóstico de Trastorno Bipolar han mostrado que la mayoría de las personas que desarrollan este trastorno describen sus síntomas iniciales en la adolescencia y, una proporción, lo hacen antes de la adolescencia. En niños y adolescentes su presentación clínica puede confundirse con la de otros diagnósticos dado el solapamiento de síntomas, tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad o el trastorno negativista-desafiante. Sin embargo, es importante su identificación y tratamiento temprano para prevenir o disminuir el riesgo de suicidio, abuso de sustancias, problemas legales y para asegurar un adecuado funcionamiento del niño. **Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de un niño de doce años que presentó síntomas de Trastorno Bipolar desde los seis años. Previamente había recibido el diagnóstico de trastorno por déficit de atención. A los siete años de edad fue diagnosticado de Trastorno Bipolar tipo I, tras un seguimiento estrecho durante 2 años en el cual se observó que presentaba periodos de exacerbamiento de los síntomas de trastorno por déficit de atención y alteraciones conductuales, que sugerían manía. Desde entonces ha estado en tratamiento psicofarmacológico con ácido valproico y estimulantes con buena evolución clínica. **Discusión/Conclusiones:** Estudios demuestran la evidencia del Trastorno Bipolar en niños y adolescentes y la importancia de realizar un diagnóstico precoz ya que un diagnóstico tardío conlleva asociado un mal pronóstico.

ABSTRACT

Introduction: Bipolar disorder is generally thought to begin in adulthood. However, epidemiological and retrospective studies in adults diagnosed with bipolar disorder have shown that most individuals report the onset of their symptoms during adolescence, and a proportion even before adolescence. In children and adolescents, its clinical presentation may be confused with other diagnoses due to symptom overlap, such as attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or oppositional defiant disorder (ODD). Nevertheless, early identification and treatment are essential to prevent or reduce the risk of suicide, substance abuse and legal problems and ensure proper functioning in the child. **Case report:** This case report describes a twelve-year-old boy who began showing symptoms of bipolar disorder at the age of six. He had previously been diagnosed with ADHD. At age seven, following two years of close monitoring, he was diagnosed with bipolar I disorder. During this period, he exhibited episodes of worsening ADHD symptoms and behavioural disturbances suggestive of mania. Since then, he has been treated with valproic acid and stimulants, with good clinical progress. **Discussion/Conclusions:** Studies demonstrate the presence of bipolar disorder in children and adolescents, highlighting the importance of early diagnosis, as delayed diagnosis is associated with a poorer prognosis

30 **Palabras clave:** caso clínico, trastorno bipolar infantil, episodio maniaco, diagnóstico diferencial, comorbilidad, tratamiento.

Keywords: Case report, paediatric bipolar disorder, manic episode, differential diagnosis, comorbidity, treatment.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de manía o hipomanía y periodos de depresión. Se trata de una patología recurrente, que conlleva un importante deterioro funcional si no es adecuadamente tratada.

Aunque se ha descrito principalmente en población adulta, existe evidencia creciente de que puede comenzar en la infancia o adolescencia. El TB de inicio en la infancia o adolescencia se asocia a un curso más grave, mayor comorbilidad psiquiátrica y peor pronóstico funcional que su equivalente de inicio en la edad adulta (1,2).

El diagnóstico del TB en niños y adolescentes fue objeto de controversia durante décadas. En los Estados Unidos el número de diagnósticos de TB en menores aumentó de forma exponencial desde los años noventa, principalmente impulsado por una interpretación más laxa de los criterios diagnósticos y una mayor sensibilidad clínica al reconocimiento de la manía infantil (3). De hecho, los estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia del TB tipo I y II es similar en muchos lugares del mundo (aproximadamente del 2-3%) y la mayor diferencia es en el diagnóstico de TB no especificado (9). Sin embargo, en algunos lugares del mundo ha existido una mayor cautela, y en general se ha tendido a infradiagnosticar o diagnosticar bajo otras entidades clínicas, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o el trastorno negativista-desafiante (TND) (4).

Muchos estudios retrospectivos indican que una proporción sustancial de pacientes bipolares adultos refieren haber experimentado síntomas del trastorno desde edades tempranas. Se estima, por ejemplo, que entre un 20% y 30% de los adultos con TB recuerdan manifestaciones afectivas significativas antes de los 13 años (1).

Aunque los síntomas de manía e hipomanía se desarrollan según el nivel de desarrollo cognitivo y

emocional del niño y las dificultades que puedan tener estos en manifestar los síntomas (p. ej. cómo un niño expresa grandiosidad o euforia). Además, la presencia de trastornos comórbidos puede complicar la identificación de los síntomas maniacos/hipomaniacos. También en la población infantil los episodios maniacos se pueden manifestar como irritabilidad extrema, labilidad emocional o conductas disruptivas. Y en esta población hay más cuadros mixtos y cicladores rápidos que en los adultos. Como se ha explicado anteriormente, los síntomas maniacos/hipomaniacos pueden solaparse con otros trastornos del comportamiento, en particular con el TDAH y el TND, complicando la delimitación diagnóstica. Los síntomas de manía también pueden confundir el diagnóstico diferencial del TB con el Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo (TDDEA), entidad que aparece mencionada en el DSM-5 y no en el CIE-11. En contraste con el TB, que es episódico, el TDDEA se define por un patrón de irritabilidad persistente con explosiones de ira desproporcionadas y que no cumple con los criterios de TB.

En resumen, el clínico enfrenta un desafío diagnóstico al valorar a un niño con posible TB: debe distinguir síntomas nucleares de manía (p. ej. ánimo expansivo/eufórico o irritable con niveles altos de energía) junto a otros síntomas característicos de la manía/hipomanía, con cambios episódicos respecto al estado basal. En estos casos es importante seguir al niño o adolescente de manera estrecha para poder detectar la naturaleza episódica del TB y poderla diferenciar de la sintomatología compartida con síntomas más prevalentes en la infancia (como la hiperactividad, la impulsividad o la irritabilidad reactiva). Un diagnóstico certero y temprano de TB es crítico, ya que permite instaurar un tratamiento adecuado y mejorar potencialmente el pronóstico del paciente, reduciendo el riesgo de deterioro funcional, suicidio, abuso de sustancias y otras complicaciones asociadas al curso crónico del trastorno (7).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 12 años con diagnóstico de TB tipo I desde los 7 años. Como antecedentes perinatales y psicobiográficos relevantes destaca que fue adoptado a los 3 años y medio. Al parecer uno de los padres biológicos tenía TB y se sospecha exposición intraútero a sustancias tóxicas (heroína). No se conocen otros antecedentes médicos de relevancia. En cuanto a su desarrollo temprano, alcanzó los hitos del desarrollo dentro de la normalidad. No obstante, sus padres lo describen desde pequeño como un niño muy activo e impulsivo, con dificultad para mantener la atención y que presentaba mucha inquietud psicomotora (p.ej. le costaba permanecer sentado en la mesa, colegio e iglesia, presentaba escasa concentración incluso en juegos de mesa que le gustaban...). Asimismo, presentaba una irritabilidad basal notable y ansiedad de separación marcada con su madre durante la primera infancia.

El primer contacto del paciente con los servicios de salud mental fue a los 3 años y medio, en contexto de una intervención de terapia familiar tras el proceso de adopción. Hacia los 4 años, ante la sospecha clínica de TDAH por los problemas exagerados de hiperactividad e inatención, se inició tratamiento farmacológico con una combinación de dextroanfetamina/anfetamina 5 mg en la mañana y clonidina 0,05 mg por la noche para el insomnio reactivo a la clínica de hiperactividad. Eventualmente se ensayó ciproheptadina 2 mg por las noches para intentar aumentar el apetito, ante la disminución del peso secundario al estimulante.

A los 5 años, dado que persistían las dificultades conductuales y los episodios recurrentes en los cuales todos los síntomas se agravaban, el paciente fue derivado a un dispositivo especializado en TB infanto-juvenil para realizar un diagnóstico diferencial más exhaustivo, dada la complejidad de sus síntomas. En la evaluación especializada, los padres informaron que desde los 2-3 años habían observado un patrón recurrente de cambios en el comportamiento y en el estado de ánimo que ocurrían en intervalos de aproximadamente 2 a 3 meses, y que se iniciaban principalmente en primavera (mayo). Durante estos episodios cíclicos, el niño presentaba la siguiente

sintomatología de forma evidente respecto a su línea basal: aumento notable de enfado e irritabilidad, alteraciones del sueño (insomnio o reducción de horas de descanso), ideas de grandiosidad (p. ej. afirmaba estar convencido que podía trepar edificios altos), labilidad emocional acentuada con llanto fácil, discurso más acelerado y desorganizado, hiperactividad e impulsividad incrementadas (hasta el punto de que sus padres evitaban llevarlo a restaurantes o tiendas por su conducta inmanejable) y mayor dificultad de concentración a pesar del tratamiento psicofarmacológico con estimulantes, al cual respondía adecuadamente fuera de estos episodios. Es importante resaltar que los cuidadores negaban síntomas depresivos significativos en el niño durante esos años. El nivel intelectual evaluado era alto, pero dentro de la normalidad.

Al principio del tratamiento no se consideró que cumpliera estrictamente los criterios para TB, dado que los cambios de ánimo se interpretaron dentro de la irritabilidad crónica, por lo que se diagnosticó de TDAH tipo combinado comórbido con TND y TDDEA. También se detectó que tenía un trastorno de ansiedad social (fobia social infantil). Como plan terapéutico, se indicó un enfoque multimodal: intervenciones psicoeducativas y apoyo psicopedagógico en el entorno escolar, junto con ajuste del tratamiento farmacológico. Se introdujo metilfenidato de liberación prolongada 25 mg después del desayuno (formulación líquida de liberación sostenida) en reemplazo de la dextroanfetamina, manteniendo la clonidina en dosis bajas para ayudar al insomnio inicial.

Después de seguirlo de manera estrecha durante un año y medio se observó que los síntomas referidos anteriormente se controlaban muy bien con los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos. Sin embargo, se objetivó que tenía episodios en los cuales todos los síntomas se agravaban y además presentaba criterios compatibles con un cuadro de manía (aumento de irritabilidad, ideas de grandiosidad, disminución de necesidad de sueño, habla más locuaz y conductas de riesgo, todo ello unido a un importante deterioro a nivel social).

Tras descartar causas orgánicas o tóxicas, se confirmó el diagnóstico de TB tipo I, episodio maníaco. En consecuencia, se agregó ácido valproico

32

como estabilizador del ánimo, alcanzando dosis de hasta 500 mg/día (con niveles sanguíneos entre 98-115 µg/mL). Se consideró litio como primera opción, pero dado que el paciente tenía mucho miedo a las agujas se escogió el ácido valproico, el cual requiere de un menor número de analíticas sanguíneas. Se mantuvo el estimulante dada la adecuada respuesta al TDAH, ya que se intentó discontinuarla, pero se produjeron problemas significativos en el colegio y en el domicilio.

Desde entonces y hasta la fecha actual (12 años de edad), el paciente se ha mantenido en tratamiento de mantenimiento con valproato (dosis estabilizada en 500 mg cada noche, con niveles séricos de 88 µg/mL) y sin presentar efectos adversos. No se han objetivado nuevos episodios maniacos ni depresivos durante un seguimiento de aproximadamente 5 años. Permanece eutímico y con adaptación adecuada en su entorno familiar, escolar y social. Cursa el nivel educativo correspondiente a su edad sin dificultades de rendimiento destacables y continúa con intervención psicológica de apoyo de manera ambulatoria para reforzar estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial del TB en la infancia incluye varias entidades clínicas con sintomatología solapada. Entre las más frecuentes destacan el TDAH, el TND y el TDDEA (1).

El diagnóstico de TB en niños y adolescentes ha sido históricamente controvertido, lo que ha llevado a frecuentes retrasos diagnósticos y, en consecuencia, a un peor pronóstico a largo plazo (1). De hecho, los estudios han mostrado que a veces se retrasa entre 5-10 años hasta que se hace el diagnóstico correcto y se empieza el tratamiento apropiado, lo que puede agravar la cronicidad y la severidad de la enfermedad (2).

En parte, el retraso en el diagnóstico puede deberse al estadio de desarrollo cognitivo y emocional del niño, al no reconocimiento de que el TB existe en los niños y a la alta comorbilidad asociada al TB, ya que estudios sistemáticos señalan una elevada comorbilidad psiquiátrica, especialmente con TDAH (en torno a un 60%), TND (en torno a un 47%), trastornos de ansiedad y, con menor frecuencia, trastorno obsesivo-compulsivo o espectro autista. Todos estos pueden

compartir con el TB infantil manifestaciones como la irritabilidad, la impulsividad o la labilidad emocional, aunque difieren en la cualidad episódica y en otros criterios nucleares (5). La distinción adecuada es crucial, pues las implicaciones pronósticas y terapéuticas varían significativamente.

A continuación, se presenta una tabla comparativa de los principales diagnósticos diferenciales del TB en la infancia. Esta tabla destaca las características clínicas distintivas de cada trastorno, incluyendo la modalidad de variación del estado de ánimo, la duración típica de los episodios o síntomas, el nivel de actividad, el perfil atencional y la respuesta esperable al tratamiento, entre otros aspectos.

La presencia de antecedentes familiares de TB en familiares de primer grado se identifica como el factor de riesgo individual más importante para desarrollar TB a lo largo de la vida, reflejando la fuerte contribución genética en esta patología y en especial si el familiar ha tenido un inicio temprano de la patología (antes de los 21 años). Otros factores de riesgo para desarrollar TB son que el niño haya tenido historia de síntomas significativos de depresión, ansiedad, labilidad emocional o síntomas subsindrómicos de manía (10). En una revisión sistemática con metaanálisis reciente se ha señalado que el uso de estimulantes en pacientes con TDAH se asocia con una aparición no despreciable de síntomas psicóticos y trastorno bipolar. Aunque los estudios disponibles no permiten establecer causalidad, los autores recomiendan una vigilancia clínica estrecha, así como informar adecuadamente a pacientes y familias durante el tratamiento (11).

El pronóstico de un paciente que desarrolla un TB en la infancia y adolescencia y no es adecuadamente tratado empeora por la elevada comorbilidad de desarrollar una historia de abuso de tóxicos, abuso físico o sexual, trastornos de ansiedad, múltiples recurrencias o síntomas subsindrómicos que empeoran la calidad de vida y predisponen a un mayor riesgo de tener un bajo nivel socioeconómico.

En el caso presentado, el diagnóstico diferencial final debe basarse en una anamnesis detallada de los episodios y en la evolución longitudinal. Aspectos como la periodicidad de los síntomas, la presencia de cambios francamente episódicos en el estado

Tabla 1. Características diferenciales del trastorno bipolar pediátrico y diagnósticos relacionados.

Características	TB	TDAH	TND	TDDEA
Variabilidad del ánimo	Oscilaciones cíclicas con episodios de manía/hipomanía y depresión (solo para el Bipolar II), con períodos eutímicos intercalados.	El ánimo suele ser estable o lábil. La irritabilidad también puede ser secundaria a frustración o impulsividad.	Principalmente irritabilidad y rabietas ante demandas o límites; sin periodos de euforia. A veces se deprimen.	Irritabilidad crónica, brotes intensos de ira, sin fases claramente maníacas o hipomaniacas.
Duración de los episodios	Según el DSM-V Manía: ≥7 días (o <7 si hospitalización); depresión: ≥2 semanas. Los niños tienden a tener episodios más cortos (2-4 días).	Sintomatología continua (a veces puede variar), presente desde antes de los 12 años, sin episodios delimitados.	Comportamientos desafiantes presentes casi a diario con un mínimo de 6 meses.	Brotes de ira ≥3 veces por semana; estado de ánimo irritable la mayor parte del día, casi todos los días, ≥12 meses.
Nivel de actividad	Aumento sostenido de energía, disminución de necesidad de sueño en fases maníacas/hipomaniacas.	Hiperactividad dispersa y no planificada; dificultad para detenerse en tareas u otras actividades, que aparecen en múltiples contextos.	No existe incremento global de energía; oposiciones a la autoridad.	No hay aumento de energía global; el foco está en la disregulación emocional y conductual.
Atención y concentración	Puede haber distraibilidad en manía/hipomanía, pero con foco en actividades placenteras o relevantes para el paciente.	Déficits marcados en atención, concentración y organización en múltiples contextos.	Atención relativamente preservada, salvo cuando se muestra desafiante o bajo frustración.	Dificultades atencionales secundarias a irritabilidad sostenida; no predominante
Tratamiento farmacológico/psicoterapia	Estabilizadores del ánimo (litio, valproato para los varones) y antipsicóticos atípicos. Terapia cognitiva conductual (TCC).	Primera línea son los psicoestimulantes (metilfenidato, anfetaminas); estabilizadores no suelen ser útiles excepto si hay mucha labilidad.	Intervenciones psicoeducativas y terapias conductuales y de familia (e.j. programas de entrenamiento para padres); fármacos se utilizan para las comorbilidades	Psicoterapia (TCC), psicoeducación. Fármacos se pueden utilizar para comorbilidades

Nota: TB (Trastorno Bipolar), TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad), TND (Trastorno Negativista-Desafiante), TDDEA (Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo), TCC (Terapia cognitivo-conductual).

de ánimo y el tipo de síntomas que predominan en cada fase orientan el diagnóstico. Por ejemplo, si los arrebatos de ira se asocian consistentemente a situaciones específicas de frustración o a la imposición de límites, se inclinará la balanza hacia un TND; si la hiperactividad es crónica y no acompaña de periodos de “energía maníaca” sino más bien de inatención generalizada, se considerará primariamente el TDAH. Por el contrario, la aparición de síntomas maníacos clásicos (como ideas de grandeza, verborrea, reducción de sueño) y, especialmente, la respuesta positiva a un estabilizador del ánimo (como en nuestro caso) reforzarán el diagnóstico de TB por encima de las otras posibilidades.

En el caso descrito, el varón de 12 años con TB tipo I mostró retrospectivamente episodios claros de manía (p. ej. periodos de ánimo anormalmente elevado o irritabilidad extrema acompañados de ideas delirantes de grandeza), lo cual es algo atípico para ser explicado solo por TDAH o TND. Además, durante los periodos de eutimia el TDAH estaba muy bien controlado con los estimulantes. Los estabilizadores del ánimo pueden ser beneficiosos en el manejo de episodios maníacos bipolares (8). De hecho, las guías clínicas sugieren que en casos de manía pediátrica con respuesta inadecuada a un primer fármaco (por ejemplo, un antipsicótico) puede ser necesario añadir litio o ácido valproico para lograr la estabilidad (9). Aunque hay

34

que tener en cuenta el potencial teratogénico y el riesgo de desarrollar trastornos endocrinológicos asociado al ácido valproico, por lo que en niñas o mujeres no debe usarse salvo en algunas excepciones.

En el caso descrito, el hecho de que sus síntomas remitieran con dosis estables de ácido valproico sugiere que el cuadro subyacente era de naturaleza afectiva (bipolar) y no únicamente un problema conductual disruptivo. Vale la pena destacar que diversos estudios han reportado que los pacientes con TB pediátrico frecuentemente requieren combinaciones farmacológicas (por ejemplo, un antipsicótico más un estabilizador) para alcanzar y mantener la eutimia, especialmente en casos severos o con psicosis acompañante (8). En nuestro caso, la monoterapia con ácido valproico a dosis moderada ha sido suficiente y eficaz para este paciente durante muchos años, lo cual apoya aún más el diagnóstico de un trastorno del espectro bipolar y no otro tipo de trastorno disruptivo. Si se hubiera tratado de un TDAH primario o de un TDDEA, habría sido poco probable observar una normalización clínica con ácido valproico; en el TDAH solo esperaríamos mayor beneficio de estimulantes o posiblemente de la atomoxetina, y en el TDDEA de las intervenciones psicoterapéuticas solas o acompañadas de un antipsicótico de segunda generación, aunque con una baja respuesta.

En resumen, la evolución de este paciente tras instaurar el tratamiento adecuado junto con el cuadro clínico y la periodicidad del cuadro afectivo confirmó el diagnóstico de TB y resalta la importancia de reconocer tempranamente estos cuadros en niños y adolescentes. En la práctica clínica debe orientarse a un alto índice de sospecha: ante niños con síntomas emocionales y conductuales severos, sobre todo episódicos y de inicio temprano, se debe considerar el TB como posibilidad diagnóstica, aun cuando coexistan síntomas de otros trastornos. Esto permitirá implementar antes las estrategias terapéuticas efectivas y mejorar la perspectiva a futuro del menor.

CONCLUSIONES

El TB de inicio en la infancia es una realidad clínica que tiene implicaciones importantes. Este caso

clínico ilustra la relevancia de reconocer precozmente los episodios maníacos en niños, distinguiéndolos de problemas más comunes como el TDAH, el TND o el TDDEA. La evidencia actual indica que cuando el TB infantil no se diagnostica o no se trata oportunamente, el pronóstico empeora, con mayor probabilidad de evolucionar a ciclación rápida, intentos de suicidio y múltiples comorbilidades asociadas (7). Por ello, es fundamental que pediatras y psiquiatras infantiles consideren el TB dentro del diagnóstico diferencial de menores con fluctuaciones afectivas extremas y deterioro funcional e inicien el tratamiento específico lo antes posible.

FINANCIACIÓN

El trabajo ha sido realizado sin financiación.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores han contribuido en la redacción clínica del caso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los padres del paciente para la elaboración y publicación de este caso clínico.

ABREVIATURAS

TB: Trastorno Bipolar.

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.


TND: Trastorno Negativista-Desafiante.

TDDEA: Trastorno de Desregulación Disruptiva del Estado de Ánimo.

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

REFERENCIAS

1. Axelson D, Birmaher B, Strober M, Goldstein B, Gilman R, Ha W, et al. Early-onset bipolar disorder: course and outcome over a 4-year period. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(5): 493-500. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08101569>
2. McClellan J, Kowatch R, Findling RL; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1): 107-25. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242240.69678.c4>
3. Chilakamarri JK, Filkowski MM, Ghaemi SN. Misdiagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: a comparison with ADHD and major depressive disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2011;23(1): 25-9. <https://doi.org/10.1177/104012371102300105>
4. Maniscalco ER, Hamrin V. Assessment and diagnostic issues in pediatric bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008;22(6): 344-55. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.08.006>
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington (DC): APA Publishing; 2013.
6. Goldstein BI. Comorbidity in pediatric bipolar disorder: an unmet challenge in need of treatment studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;148(2): 107-9. <https://doi.org/10.1111/acps.13591>
7. Cirone C, Secci I, Favole I, Avenanti G, Muratori F. What do we know about the long-term course of early onset bipolar disorder? A review of the current evidence. *Brain Sci*. 2021;11(3): 341. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030341>
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Bipolar disorder: assessment and management*. Clinical guideline [CG185]. London: NICE; 2014 [actualizado 2023]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
9. Van Meter AR, Moreira ALR, Youngstrom EA. Updated meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2019;80(3): 18r12180. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12180>
10. Hafeman DM, Merranko J, Goldstein TR, Axelson D, Goldstein BI, Monk K, et al. Assessment of a person-level risk calculator to predict new-onset bipolar spectrum disorder in youth at familial risk. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(8): 841-47. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1763>
11. Salazar de Pablo G, Aymerich C, Chart-Pascual JP, et al. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in individuals with attention-deficit/hyperactivity disorder treated with stimulants: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(11): 1103-12. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.2311>

Clara María Martín Gozalo ¹ * 
Pablo Guillamón Melero ¹ 
Idir Mesian Pérez ¹ 
Ana María Santana García ¹ 
María Rosario Pérez Moreno ¹ 

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Clara María Martín Gozalo
Correo: claramaria.martin@salud.madrid.org

Psicosis catatónica resistente en adolescente con TEA/TDAH: respuesta favorable a lurasidona. A propósito de un caso

Resistant Catatonic Psychosis in an Adolescent With ASD/ADHD: Favorable Response to Lurasidone. A Clinical Case Report

RESUMEN

Introducción: Los trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista (TEA) y el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son condiciones que se asocian al desarrollo de episodios psicóticos de inicio temprano. Esta comorbilidad representa un desafío para la psiquiatría infantil y del adolescente debido a la posible interacción entre ambos trastornos. **Descripción del caso clínico:** Se presenta un reporte de caso correspondiente a una adolescente de 14 años con diagnóstico de TDAH y TEA que desarrolló un primer episodio psicótico con síntomas catatónicos. El cuadro mostró resistencia inicial al tratamiento, con respuesta insuficiente a aripiprazol, olanzapina, clonazepam y diazepam. Posteriormente, la introducción de lurasidona se asoció con una mejoría clínica progresiva y estabilización sostenida. **Discusión/Conclusiones:** Este caso destaca la posible utilidad de la lurasidona como alternativa terapéutica en adolescentes con TEA y psicosis con manifestaciones catatónicas refractarias a otros tratamientos.

Palabras clave: psicosis, TEA, TDAH, catatonía, lurasidona.

ABSTRACT

Introduction: Neurodevelopmental disorders such as autism spectrum disorder (ASD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are conditions associated with the development of early-onset psychotic episodes. This comorbidity presents a challenge for child and adolescent psychiatry due to the potential interaction between these two disorders. **Case description:** This is a case report on a 14-year-old adolescent with ADHD and ASD who developed a first psychotic episode with catatonic symptoms following an increase in methylphenidate dosage. The condition was initially treatment-resistant, showing an insufficient response to aripiprazole, olanzapine, clonazepam and diazepam. Subsequently, the introduction of lurasidone led to a progressive clinical improvement and sustained stabilisation. **Discussion/Conclusion:** This case highlights the potential role of lurasidone as a therapeutic alternative in adolescents with ASD and psychosis presenting catatonic features refractory to standard treatments

Keywords: Psychosis, ASD, ADHD, catatonia, lurasidone.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo como el trastorno del espectro autista (TEA) y el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) son condiciones que se asocian al desarrollo de episodios psicóticos de inicio temprano. Esta comorbilidad representa un desafío para la psiquiatría infantil y del adolescente debido a la posible interacción entre ambos trastornos (1).

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, con los antecedentes personales que se describen a continuación en las tablas 1 y 2, que acude a urgencias por alteraciones de la conducta consistentes en un estado de inquietud psicomotriz, marcada angustia, suspicacia y autorreferencialidad, de varias semanas de evolución no atribuible a otros factores estresores. Unas semanas antes le habían ajustado dosis de metilfenidato de 36 a 54 mg y en consulta de revisión se lo habían retirado al comenzar las alteraciones del comportamiento. A pesar de la retirada, la clínica previamente descrita empeora progresivamente añadiéndose mutismo, insomnio global y rechazo del alimento. Por este motivo, se decide ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes del Hospital Clínico San Carlos para estudio y tratamiento de la sintomatología.

Durante el ingreso, en todas las pruebas complementarias realizadas se hallaron resultados dentro de la normalidad (TC craneal, electroencefalograma y resonancia magnética craneal) a excepción de cifras de vitamina D bajas (11 ng/ml) en una de las analíticas sanguíneas realizadas que se trató con suplementación con hidroferol 16.000 UI cada tres semanas e ingesta de tres lácteos diarios. Además, se realiza interconsulta a Neuropediatría en cuya exploración resalta la presencia de posturas distónicas y la escasa colaboración de la paciente y se determina bajo riesgo de origen autoinmune del cuadro. Por otro lado, se interconsulta a Pediatría General por dolor abdominal y cefalea intermitentes sin datos de alarma descartando patología aguda.

Exploración psicopatológica al ingreso

Consciente. No mantiene buen contacto. Impresiona de notable angustia y perplejidad. Mutista. El lenguaje no verbal transmite ansiedad. Alteraciones de la psicomotricidad consistentes en rigidez, fuerte inhibición con escasa autonomía que alterna con momentos de inquietud. Arranca y rompe el empapador de la cama, agarra fuertemente de la mano, trata de levantarse. Insomnio de características globales. Pérdida del control de esfínter urinario. Rechazo de la ingesta global incluyendo sólidos y líquidos inicialmente. Esfera afectiva difícilmente valorable en el momento actual. Impresiona de juicio de realidad alterado y comportamiento imprevisible (tabla 3).

Evolución clínica

El paciente es dado de alta de la Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme (F20.81) con catatonía asociada (F06.1) atendiendo a la clasificación de el DSM-5-TR. Según la CIE-11, corresponde a esquizofrenia, primer episodio (6A20.0).

DISCUSIÓN

Las psicosis de inicio temprano hacen referencia a aquellas psicosis que se presentan en menores de 18 años. Constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por un conjunto de síntomas psicóticos heterogéneos y graves. Según las guías NICE se estima una prevalencia del 0.4% siendo mayor a partir de los 15 años y representa un 5-20% de los pacientes hospitalizados en medio psiquiátrico. Dichas psicosis, se presentan de manera más insidiosa, con más alteraciones inespecíficas al inicio impidiendo un diagnóstico precoz y, consecuentemente, ensombreciendo la evolución y el pronóstico al diferirse la intervención clínica (1). El diagnóstico de la psicosis en la adolescencia es clínico y se realiza con los mismos criterios utilizados para el diagnóstico en la edad adulta. Atendiendo a la clasificación diagnóstica según el DSM-5-TR, la paciente cumpliría los criterios

Tabla 1. Antecedentes personales del caso clínico

Antecedentes personales somáticos y situación basal	Antecedentes personales psiquiátricos	Antecedentes familiares
- No tiene antecedentes somáticos de interés. - Convive con sus padres y dos hermanos pequeños.	- Seguimiento en Psiquiatría desde los 5 años con diagnóstico de TEA grado 1 y TDAH. - Otros diagnósticos realizados: 1. Trastorno de Aprendizaje No Verbal sin Retraso en el área del Lenguaje. 2. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad comórbido. 3. Trastorno de Dificultades de gestión de las emociones y de conflictos en contexto familiar. - Tratamiento psicofarmacológico: sertralina 100 mg/día y metilfenidato 54 mg. - Múltiples visitas a urgencias en el último mes con reajustes de tratamiento psicofarmacológico.	- Madre: Trastorno ansioso-depresivo en tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico y sordera súbita del oído izquierdo con hipoacusia residual. - Hermano menor: estudiado por altas capacidades. - Primo materno: Trastorno Afectivo Bipolar con consumo de sustancias - Primo materno: Esquizofrenia.

Tabla 2. Pruebas complementarias realizadas durante el desarrollo madurativo.

Pruebas complementarias	Conclusiones
2015: WPPSI-III (Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria - III)	Déficits en el área comunicativa social. Inflexibilidad y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos, por lo que se deriva para valoración del EOEP específico de Alteraciones Graves del Desarrollo
2015: Informe de Evaluación Psicopedagógica. Equipo Específico de Alteraciones Graves del Desarrollo	Se descarta la presencia de un TEA.
2018: WISC-V.	ICV=106, IVE=72, IRF=74, IMT=88, IVP=77. Escala total resultante (CIT)=82.
2018: Prueba ADOS-2 (módulo 3).	No cumple criterios para TEA.
2021: - WISC-V. - CARAS-R (Test de Percepción de Diferencias - Revisado). - ENFEN (Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños). - PROLEC-R (Batería de Evaluación de los Procesos Lectores). - PROESC (Batería de Evaluación de los Procesos de Escritura)	CI verbal superior a manipulativo, baja destreza motora, dificultades de socialización. Sospecha de un posible Trastorno de Aprendizaje No Verbal.

diagnósticos de trastorno esquizofreniforme que se recogen en la [tabla 4](#).

En la adolescencia es de vital importancia tener muy presente el diagnóstico diferencial con otras patologías. Su tratamiento debe ser multidisciplinar (2) y en esta etapa del desarrollo caracterizada por cierta inestabilidad emocional y cambios constantes, es fundamental implicar a la familia en el proceso terapéutico.

La hipótesis mayormente aceptada para explicar la etiopatogenia de la psicosis sería la del “neurodesarrollo”, la cual se encuentra dentro del

“modelo de vulnerabilidad-estrés”. Sin embargo, en los últimos años la hipótesis neurodegenerativa está en auge, motivo por el cual se ha intentado llevar a cabo una integración de dichas hipótesis en un modelo mixto.

La psicosis en adolescentes presenta diversos aspectos diferenciales en cada fase de la enfermedad. En este artículo, se va a proceder a exponer los diferentes hallazgos encontrados en el caso clínico expuesto y que justificarían una mayor vulnerabilidad de la paciente a padecer un episodio psicótico.

La fase premórbida se caracteriza por ciertas anormalidades en el desarrollo cerebral del adolescente que repercuten en áreas como el lenguaje, el aprendizaje y conducta. En el caso clínico expuesto, la paciente presenta déficits a nivel neurocognitivo y motor, así como ciertas dudas respecto a síntomas autísticos que la harían más vulnerable a presentar un episodio psicótico.

La fase prodrómica es el periodo anterior al inicio de síntomas psicóticos francos. La paciente había presentado diversos síntomas característicos de esta fase como alteraciones vagas del pensamiento en forma de fenómenos de interferencia y bloqueos, ideas sobrevaloradas de persecución, comportamientos extraños, insomnio, cambios de humor frecuentes e irritabilidad.

La fase aguda está caracterizada por la presencia de síntomas clásicos. En este caso, encontramos ideas delirantes autorreferenciales, alucinaciones auditivas y alteraciones formales del pensamiento, abulia, descuido del autocuidado, aislamiento social y empobrecimiento ideoafectivo.

Destacan las alteraciones psicomotrices durante la fase aguda por su llamativa presentación, la adolescente mostró signos y síntomas de rigidez, inhibición motora, conducta desorganizada, mutismo y catatonía.

La catatonía es un síndrome clínico cuya característica principal son llamativas alteraciones psicomotoras que se pueden acompañar de modificaciones en la volición y desregulación autonómica. Su curso es fluctuante y puede presentarse alternando inhibición motora en forma de estupor, catalepsia, flexibilidad cérea, mutismo, negativismo y adopción de posturas antigravitatorias, con excitación motora a través de conductas bizarras como manierismos, estereotipias, agitación, muecas y ecofenómenos. No constituye una entidad en sí misma, sino una manifestación clínica que puede aparecer en diversos trastornos psiquiátricos, como las psicosis y los trastornos afectivos, trastornos orgánicos o de forma secundaria a fármacos. En la población infantojuvenil es especialmente

importante descartar el origen orgánico dado que justifica aproximadamente el 20% de los casos (3). Las presentaciones graves pueden ser letales por inanición e inestabilidad vegetativa.

La literatura en torno a la catatonía es irregular y de difícil interpretación por la presentación variable del cuadro. La prevalencia se ha estudiado mayormente en pacientes hospitalizados y en dicha población se sitúa alrededor del 10% (4). No hay criterios específicos para niños y adolescentes, en los que es rara y en quienes se asocia principalmente a esquizofrenia, a diferencia de la población adulta en la que es más común en cuadros afectivos. La catatonía puede presentarse como especificador asociado a varios trastornos (esquizofrenia, trastornos afectivos, etc.), o como trastorno debido a otra afección médica.

Atendiendo a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5-TR, la paciente presenta catatonía, ya que cumple 6 de los 12 síntomas característicos (números 1, 4, 5, 8, 11 y 12). Según dicho manual, el diagnóstico de catatonía requiere la presencia de al menos 3 de los siguientes signos clínicos (tabla 5).

Asimismo, es importante tener en cuenta el tipo de catatonía que presenta la paciente atendiendo a la presencia de otra patología concomitante asociada, que en este caso funcionará como un especificador y no como una entidad en sí misma (tabla 6).

La catatonía y el TEA son entidades claramente diferenciadas y que pueden coexistir. Sin embargo, en la evaluación transversal del paciente con TEA se pueden pasar por alto indicadores de que está sufriendo un episodio de catatonía por la superposición de algunos síntomas: las ecolalias, las estereotipias, la indiferencia social, el mutismo, el negativismo y la agitación sin propósito. De hecho, según un metaanálisis sobre el TEA y la catatonía realizado en 2021, alrededor del 20 % de los pacientes con TEA tienen síntomas catatónicos (5). Por ello, se debe contrastar el estado del paciente en el momento de la evaluación con su funcionamiento basal.

Tabla 5. Criterios diagnósticos de catatonía según el DSM-5-TR.

Síntoma	Descripción
1. Estupor	Ausencia de actividad psicomotora; falta total de relación activa con el entorno.
2. Catalepsia	Adopción pasiva de posturas mantenidas en contra de la gravedad.
3. Flexibilidad cérea	Ligera resistencia al posicionamiento del cuerpo por parte del examinador, manteniendo luego la postura impuesta.
4. Mutismo	Ausencia o escasa respuesta verbal (no explicada por afasia).
5. Negativismo	Resistencia inmotivada a las instrucciones o mantenimiento de una postura rígida frente a intentos de ser movido.
6. Postura	Adopción espontánea y mantenimiento prolongado de posturas inadecuadas o extrañas.
7. Muecas (grimacing)	Expresiones faciales repetitivas e inusuales.
8. Ecolalia	Imitación repetitiva del habla de otra persona.
9. Ecopraxia	Imitación repetitiva de los movimientos de otra persona.
10. Agitación no influida por estímulos externos	Inquietud motora marcada sin causa evidente.
11. Movimientos estereotipados	Movimientos repetitivos, no dirigidos a un objetivo (balanceo, golpeteo, etc.).
12. Mantenimiento de la mirada o manierismos	Conductas o gestos peculiares, ritualizados o repetitivos.

Tabla 6. Tipos de catatonía según DSM-5-TR

Tipo de catatonía (DSM-5-TR)	Descripción / uso diagnóstico
Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador)	Se añade como especificador a esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastornos afectivos (depresivo o bipolar).
Catatonía debida a otra afección médica	Cuando los síntomas catatónicos son consecuencia directa de una enfermedad médica (encefalitis, epilepsia, lupus, etc.).
Catatonía no especificada	Cuando no se cumplen criterios completos para otro diagnóstico, pero hay síntomas catatónicos clínicamente significativos.

La última fase de la psicosis es la de recuperación. En el momento actual, la paciente se encuentra en periodo de estabilización, sin que constituya todavía una fase de remisión o recuperación funcional completa, pues continúa en tratamiento intensivo en Hospital de Día.

No hay evidencia clara sobre la superioridad en eficacia de un antipsicótico sobre otro para tratar la PIT. Solo clozapina se ha demostrado más eficaz en los casos refractarios. En cuanto al perfil de tolerabilidad, los fármacos antipsicóticos son peor tolerados por los adolescentes que por los adultos, apareciendo los mismos efectos secundarios pero más frecuentemente. Se prefiere la utilización de antipsicóticos atípicos al tener menos efectos secundarios motores, sin embargo, presentan un mayor número de alteraciones metabólicas, con el riesgo cardiovascular que ello conlleva.

El tratamiento habitual de la catatonía son benzodiacepinas y, en casos resistentes o graves, terapia electroconvulsiva (6). No obstante, en los pacientes con comorbilidad con autismo la respuesta a las benzodiacepinas es menor teniendo que discontinuarse frecuentemente por sus efectos secundarios. En múltiples reportes de casos se opta por la elección de antipsicóticos de segunda generación o clozapina con resultados positivos, especialmente cuando se sospecha que el origen de la catatonía sea un cuadro psicótico (5). No hay estudios suficientes que respalden este algoritmo de tratamiento clásicamente desaconsejado por el riesgo de inducir un síndrome neuroléptico maligno, sobre todo si se recurre a agentes de primera generación (5,6). Algunas fuentes sugieren que los antipsicóticos sólo deberían administrarse en casos de catatonía si se coadministran con una benzodiacepina (7).

En nuestro caso, ante la sospecha de un origen psicótico de la catatonía y considerando los antecedentes de TEA —asociados a una menor respuesta a las benzodiacepinas—, se inició tratamiento con aripiprazol intramuscular que posteriormente se sustituyó por olanzapina debido a su mala tolerancia. De forma paralela, se pautó clonazepam, posteriormente reemplazado por diazepam, que se suspendió por falta de respuesta y mala tolerancia. Dada la mejoría parcial pero insuficiente, se optó finalmente por iniciar

tratamiento con lurasidona (8), con la que se consiguió la estabilización clínica de la paciente.

La lurasidona es un fármaco aprobado recientemente para la psicosis en adolescentes. Es el antipsicótico de segunda generación con la mayor afinidad por los receptores 5HT₇, en los que actúa como antagonista, y tiene una alta afinidad por los receptores 5HT_{1A}, en los que ejerce una acción agonista parcial. Estas propiedades farmacológicas se asocian con efectos beneficiosos sobre las funciones cognitivas y con un perfil acción antidepresiva. Sin embargo, presenta una baja afinidad por los receptores α_1 y α_2 C-adrenérgicos y por los receptores 5HT_{2C} y ninguna afinidad por los receptores H₁ histaminérgicos o los M₁ muscarínicos, por lo que presenta un mejor perfil de tolerabilidad que otros antipsicóticos de segunda generación.

En nuestra paciente, al iniciar dicho fármaco se produce una mejoría franca observada incluso en los primeros días. Se efectúa un gran progreso en el aspecto de comunicación con mayor organización en su discurso y mejoría de la angustia. Además, la paciente presenta buena tolerabilidad y los efectos adversos presentados con la olanzapina mejoran.

Hasta ahora, no se han publicado artículos en los que se reporten casos de psicosis con catatonía en adolescentes diagnosticados de TEA que hayan sido tratados con lurasidona. La literatura en torno a la lurasidona resulta escasa: hay consenso de expertos en su utilidad en primeros episodios psicóticos (9) y esquizofrenia de inicio temprano (10); en relación con el TEA, los estudios se han centrado en valorarla como tratamiento de la agresividad sin resultados positivos (11); y no hay estudios en los que se trate el efecto de la lurasidona en cuadros de catatonía.

Una limitación relevante del caso presentado es que no se empleó ninguna escala estandarizada para la evaluación de la catatonía, como la Bush–Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) u otras herramientas validadas. La ausencia de una medida cuantitativa puede reducir la objetividad y comparabilidad del diagnóstico con otros casos publicados. No obstante, el diagnóstico se estableció sobre la base de la valoración clínica directa, sustentada en la observación sistemática de los signos catatónicos

descritos en el DSM-5-TR, lo que confiere solidez y validez clínica al juicio diagnóstico pese a la falta de un instrumento estructurado.

Asimismo, es importante señalar que la evolución temporal sugiere, pero no permite establecer completamente, una relación causal entre el MTFN y el debut psicótico.

Debido a las limitaciones anteriormente descritas, se hace evidente la necesidad de futuros estudios o reportes ante la ausencia actual de literatura sobre lurasidona en catatonía adolescente.

CONCLUSIONES

La psicosis de inicio temprano tiene un origen multifactorial y la presentación clínica puede ser variada. En algunos casos, los trastornos del neurodesarrollo como el TEA se relacionan con su aparición lo que puede plantear algunos problemas en el diagnóstico diferencial. El debut en edades tempranas se asocia a una peor evolución por lo que es importante un diagnóstico y tratamiento precoces. Los cuadros catatónicos en menores de edad se asocian con mayor frecuencia a patología psicótica que afectiva. En pacientes con TEA, la menor tolerancia a benzodiacepinas obliga a una selección cuidadosa del tratamiento, justificando en ciertos casos el uso de antipsicóticos atípicos como alternativa prioritaria. La lurasidona puede ser una opción efectiva para el tratamiento de la PIT con síntomas catatónicos cuando no ha respondido completamente a otros antipsicóticos previamente.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos a la Dra. María Rosario Pérez Moreno por su inestimable apoyo en la realización de este artículo y su afán docente.

CONFLICTO DE INTERESES Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES

Manejo clínico de la paciente durante su estancia en la planta de Psiquiatría: Clara María Martín Gozalo, Pablo Guillamón Melero, Idir Mesian Pérez, Ana María Santana García, María Rosario Pérez Moreno. **Revisión bibliográfica:** Clara María Martín Gozalo, Pablo Guillamón Melero. **Redacción del manuscrito:** Clara María Martín Gozalo, Pablo Guillamón Melero. **Elaboración de conclusiones del artículo:** Clara María Martín Gozalo, Pablo Guillamón Melero. **Supervisión del artículo:** María Rosario Pérez Moreno.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se dispone del consentimiento informado por escrito por parte de la familia.

REFERENCIAS

1. De Anta Tejado L, Alonso Martínez MV, Quintero J. Salud mental en la adolescencia (II). Psicosis y trastorno bipolar. *Medicine (Madr)*. 2022;13(61): 3590-9. <https://doi.org/10.1016/j.med.2022.08.002>
2. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, et al. Eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento multidimensional de la esquizofrenia: proyecto Rethinking. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(1): 4-20. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.001>
3. Remberk B, Szostakiewicz Ł, Kałwa A, Bogucka-Bonikowska A, Borowska A, Racicka E. What exactly is catatonia in children and adolescents. *Psychiatr Pol*. 2020;54(4): 759-75. <https://doi.org/10.12740/PP/113013>
4. Ungvari GS, Gerevich J, Takács R, Gazdag G. Schizophrenia with prominent catatonic features: A selective review. *Schizophr Res*. 2018;200: 77-84. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.008>
5. Vaquerizo-Serrano J, Salazar De Pablo G, Singh J, Santosh P. Catatonia in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2021;65(1): e4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2259>
6. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023;37(4): 327-69. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232>
7. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, Francis A, Wieck A, Elizabeth Wachtel L, Lewis G, Grover S, Hirjak D, Ahuja N, Zandi MS, Young AH, Fone K, Andrews S, Kessler D, Saifee T, Gee S, Baldwin DS, David AS. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023 Apr;37(4) :327-69. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232>
8. Samalin L, Garnier, Llorca P-M. Clinical potential of lurasidone in the management of schizophrenia. *Ther Clin Risk Manag*. 2011;7: 239. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S12701>
9. Bernardo M, Marsá MD, González-Pinto A, Carrasco MM, Sola VP, Sáiz PA, Vieta E, Torrens M, Arango C, Crespo-Facorro B. Efficacy of Lurasidone in First-Episode Psychosis: Patient Phenotypes, Dosage, and Recommendations from an Expert Panel. *Neurol Ther*. 2025 Feb;14(1): 85-98. <https://doi.org/10.1007/s40120-024-00700-y>
10. De Filippis S, Masi G, Serafini G, Vicari S, Vita A, Vitiello B. Dealing with Early-Onset Schizophrenia and the Role of Lurasidone: An Expert Opinion. *Curr Neuropharmacol*. 2025 Jul 15. <https://doi.org/10.2174/011570159X385722250701114931>
11. Meza N, Franco JV, Sguassero Y, Núñez V, Escobar Liquitay CM, Rees R, Williams K, Rojas V, Rojas F, Pringsheim T, Madrid E. Atypical antipsychotics for autism spectrum disorder: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025 May 21;5(5): CD014965. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014965.pub2>

Rocío Paricio del Castillo ¹ * 

1. Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Rocío Paricio del Castillo

Correo: rocio.paricio@salud.madrid.org

Alta inteligencia y salud mental en la infancia: una mirada clínica

La alta inteligencia en la infancia y la adolescencia sigue siendo un ámbito poco conocido y atravesado por mitos, expectativas y desigualdades. Durante décadas, su estudio se ha vinculado casi exclusivamente a la cuantificación de la capacidad cognitiva. Así, desde las primeras escalas de Binet y Simon, el cociente intelectual (CI) ha funcionado como el criterio central para definir la superdotación. Este enfoque reduccionista dejó fuera factores esenciales como la creatividad, la motivación o la dimensión emocional del talento. Con la segunda mitad del siglo XX llegaron modelos más integradores, como el de Renzulli, que situó la superdotación en la intersección entre una capacidad intelectual elevada, la creatividad y el compromiso con la tarea (1). Este planteamiento amplió la concepción de la alta inteligencia como un fenómeno diverso, que incluye la superdotación, los talentos específicos y las manifestaciones de precocidad. Sin embargo, en la práctica española persiste una gran heterogeneidad, ya que cada comunidad autónoma aplica criterios propios de identificación, lo que conduce a desigualdades relevantes y a que un mismo menor pueda ser reconocido como de altas capacidades en una región y no en otra (2). Esta disparidad normativa contribuye a que muchos niños y adolescentes con alta inteligencia no estén identificados y, en ocasiones, no reciban la atención que necesitan.

El entorno familiar y escolar desempeña un papel determinante en el bienestar y el ajuste emocional de estos menores (3). La literatura señala que las familias suelen experimentar estrés y una elevada preocupación por el desarrollo de sus hijos, tanto respecto a la responsabilidad de proveerles de oportunidades educativas como a la hora de atender sus demandas y ayudarles en la gestión emocional, situaciones en las

que a menudo experimentan sensaciones de soledad y falta de apoyo (4). Hay estudios que apuntan a que el cociente intelectual *per se* no es un factor protector frente al estrés, y que vinculan la capacidad de los niños con alta dotación para manejar el estrés con los niveles de estrés parental, encontrando que, cuanto mayor es la conciencia de los niños sobre sus propias habilidades de regulación, menor es el estrés de sus padres (5). Aunque la alta inteligencia no constituye un diagnóstico de salud mental, su identificación facilita la comprensión de cómo piensa, siente y aprende el niño. A nivel educativo, las medidas de aceleración o enriquecimiento pueden ser útiles, pero su éxito depende del acompañamiento emocional y de un contexto que fomente la curiosidad (6).

La evidencia existente sobre la relación entre alta inteligencia y psicopatología es heterogénea, si bien algunos estudios recientes han encontrado una asociación con mayores niveles de ansiedad, perfeccionismo o dificultades en la interacción social (7, 8). Estas diferencias parecen explicarse, en gran parte, por factores contextuales y por la vivencia subjetiva de la persona de alta inteligencia más que por la capacidad cognitiva en sí misma. En este marco, la teoría de la desintegración positiva de Kazimierz Dabrowski resulta útil para comprender la “sobreexcitabilidad”, entendida como una reacción intensa ante estímulos internos y externos en sus modalidades emocional, intelectual, sensorial, imaginativa y psicomotriz (9). Esta sensibilidad, frecuente en menores con alta inteligencia, se traduce en una vivencia profunda del mundo y de la injusticia que en ocasiones desborda su madurez emocional y contribuye a una sensación persistente de desajuste entre lo que piensan y lo que sienten.

La elevada exigencia constituye otro rasgo habitual, influida tanto por características personales como por expectativas familiares, escolares y sociales. El propio lenguaje empleado (“superdotado”, “alto potencial”, “talento”, incluso “alta capacidad”) suele transmitir una exigencia implícita de rendimiento (8). En consulta, algunos adolescentes expresan el conflicto entre sus deseos personales y lo que creen que deberían hacer en función de su inteligencia. La situación se hace aún más compleja en los casos de doble excepcionalidad, cuando la alta inteligencia coexiste con un trastorno del neurodesarrollo, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno del Espectro Autista (TEA) o las dificultades específicas de aprendizaje. En estos perfiles, las habilidades cognitivas pueden enmascarar problemas relevantes y retrasar el diagnóstico (10). Por ello, la evaluación debe ser interdisciplinar y contemplar tanto pruebas psicométricas como la observación cualitativa del funcionamiento emocional y social.

El trabajo terapéutico con menores con alta inteligencia que padecen trastornos de salud mental exige formación específica y una especial apertura al cuestionamiento, ya que suelen mostrar pensamiento analítico y una fuerte necesidad de coherencia; e incluso pueden cuestionar el sentido del propio proceso terapéutico, lo que a veces se interpreta como resistencia cuando, en realidad, forma parte de su pensamiento crítico. En la práctica clínica, el abordaje suele centrarse en tres ejes: la regulación emocional y el manejo del perfeccionismo, promoviendo la tolerancia al error; la construcción de un sentido de identidad que articule talento y deseo, más allá de las expectativas externas; y el fortalecimiento de la pertenencia, explorando la vivencia de diferencia sin patologizarla.

Las familias necesitan apoyo para modular las expectativas, comprender la sensibilidad y el funcionamiento cognitivo de sus hijos y desarrollar habilidades parentales que les permitan acompañarlos. Además, la coordinación entre salud mental y educación es fundamental para garantizar intervenciones ajustadas a la complejidad de estos menores.

Los niños, niñas y adolescentes con alta inteligencia requieren una atención en salud mental que reconozca su complejidad. Su talento no los exime

de vulnerabilidades, y la sensibilidad, autoexigencia y pensamiento complejo que los caracterizan pueden aumentar sus desafíos emocionales. Abordar su bienestar exige un enfoque integrador que valore sus capacidades sin idealizarlas y atienda su sufrimiento sin simplificarlo, tanto a nivel individual como en el contexto familiar y educativo. Solo de este modo es posible ofrecer una intervención eficaz y respetuosa de su singularidad.

REFERENCIAS

1. Renzulli JS. What makes giftedness? Reexamining a definition. *Phi Delta Kappan*. 1978;92(8): 81-8. <https://doi.org/10.1177/0031721711092008>
2. Sanz Chacón C, et al. Informe nacional sobre la educación de los superdotados. Fundación El Mundo del Superdotado; 2024.
3. Papadopoulos D. Parenting the exceptional social-emotional needs of gifted and talented children: what do we know? *Children (Basel)*. 2021;8(11): 953. <https://doi.org/10.3390/children8110953>
4. Renati R, Bonfiglio NS, Dilda M, Mascia ML, Penna MP. Gifted children through the eyes of their parents: talents, social-emotional challenges, and educational strategies from preschool through middle school. *Children (Basel)*. 2023;10: 42. <https://doi.org/10.3390/children10010042>
5. Zanetti MA, Sangiuliano Intra F, Taverna L, Brighi A, Marinoni C. The influence of gifted children's stress management on parental stress levels. *Children (Basel)*. 2024;11(5): 538. <https://doi.org/10.3390/children11050538>
6. Subotnik RF, Olszewski-Kubilius P, Worrell FC. Rethinking giftedness and gifted education: a proposed direction forward based on psychological science. *Psychol Sci Public Interest*. 2011;12(1): 3-54. <https://doi.org/10.1177/1529100611418056>
7. Tasca I, Guidi M, Turriziani P, Mento G, Tarantino V. Behavioral and socio-emotional disorders in intellectual giftedness: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2022. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01420-w>
8. Duplenne L, Bourdin B, Fernandez DN, Blondelle G, Aubry A. Anxiety and depression in gifted individuals: a systematic and meta-analytic review.

- Gift Child Q. 2024;68(1): 65-83. <https://doi.org/10.1177/00169862231208922>
9. Dąbrowski K. Positive disintegration: an outline of the theory of human mental development through mental disequilibrium, nervousness, neuroses and psychoneuroses. London: J & A Churchill; 1964.
10. Paricio del Castillo R, Palanca Maresca I. Trastorno del espectro autista en menores con superdotación intelectual: descripción de un diagnóstico complejo. Psiquiatr Biol. 2022;29(3): 100377. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2022.100377>

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:

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 (Tsytoich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas*. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

4.- Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. *Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS)* [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

5.- Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc.

Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la **Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil**. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo, remitiéndose a los revisores los manuscritos sin la autoría.

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

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

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

ARTÍCULO ORIGINAL

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

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

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

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.

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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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