



Infanto-Juvenil

Volumen 43 • Número 1 • 2026

EDITORIAL

Hospitalización a domicilio: hacia un nuevo marco asistencial

Ricardo Camarneiro Silva 1

ARTÍCULO ORIGINAL

La hospitalización aguda domiciliaria como alternativa al ingreso hospitalario en niños y adolescentes con patología psiquiátrica aguda

Amanda Cercós Lopez, Oaia Iriondo Blanco, Sandra Gómez Vallejo, Laura Atarés Betrán, Celeste Galceran Chaves, Amagoia Jimenez Zubizarreta y Astrid Morer Liñan 4

CASO CLÍNICO

Terapia Basada en la Familia (FBT) en varón con anorexia nerviosa prepuberal: a propósito de un caso

Laura Claris Mateo y Eduardo Serran Troncoso 16

Encefalitis Anti-NMDA con catatonía maligna en una adolescente: diagnóstico diferencial y respuesta a terapia electroconvulsiva

Lucas Boria Buisac, Marta Sánchez Moreno, María Pilar Polo Sojo y Maite Aranzazu Zapata Usábel 26

PERSPECTIVA CLÍNICA

El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: una patología del desarrollo, sus desafíos y el imperativo de un enfoque trauma-informado

Lorena Delgado 31

NORMAS DE PUBLICACIÓN 34

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2026,43(1)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

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

Secretaría

Paloma Varela Casal

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

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesor asociado de Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, España.

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

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

Ernesto Cañabate

Clínica Dr. Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

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

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero Escobar

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

Iria Méndez Blanco

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, España.

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Víctor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

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>

Ricardo Camarneiro Silva^{1*} 

1. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio (UHPaD), Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Ricardo Camarneiro Silva

Correo: ricardoantonio.camarneiro@salud.madrid.org

Hospitalización a domicilio: hacia un nuevo marco asistencial

En las últimas décadas se ha asistido a un incremento sostenido de las hospitalizaciones psiquiátricas en la población infanto-juvenil (1), así como a un descenso de la edad media de ingreso y una proporción significativa de reingreso en el primer año tras alta. Por otra parte, de acuerdo con la *Carta Europea de los Niños Hospitalizados* (2), la hospitalización de niños debe considerarse una medida excepcional y limitada al tiempo estrictamente necesario y sólo cuando los cuidados no puedan proporcionarse en el ámbito domiciliario o ambulatorio.

En este contexto se han desarrollado en Europa servicios comunitarios intensivos como alternativa a la hospitalización tradicional, principalmente en adultos, habitualmente clasificadas como “*Home treatment and crisis resolution teams*” o como “*Assertive Community Treatment*”. Aunque la evidencia en población infanto-juvenil es aún limitada, han demostrado ser una modalidades eficaces, seguras y coste-eficientes, con impacto positivo en el funcionamiento familiar y la integración socioeducativa (3,4).

En España, un número creciente de unidades de tratamiento domiciliario en salud mental infanto-juvenil avalan este modelo. Estos programas, orientados a reducir ingresos convencionales, se alinean con el enfoque comunitario en salud mental. Su progresiva expansión en distintas comunidades autónomas, en diferentes fases de desarrollo e implantación, confirma la transición hacia modelos más flexibles e integrados en el medio natural del menor.

MODELO ASISTENCIAL Y FUNDAMENTOS

La Hospitalización a Domicilio se configura como una alternativa a la hospitalización convencional, ofreciendo tratamiento intensivo en el entorno del paciente, con disponibilidad asistencial continuada. Este modelo amplía el concepto de equipo terapéutico, integrando no solo a los profesionales sanitarios, sino también a la familia y a la comunidad del menor. Se fundamenta en un enfoque de recuperación que reconoce a pacientes y familias como agentes activos, promoviendo intervenciones en el entorno comunitario, con mínima restricción y interrupción.

Las intervenciones realizadas trascienden la asistencia clínica de los niños y sus familias y se proyectan en la comunidad; el énfasis en la integración comunitaria implica un enfoque más amplio que los resultados del tratamiento, incluyendo la integración académica y sus redes sociales, con el fin de modificar los factores que perpetúan y predisponen su sintomatología y mejorar su calidad de vida, contribuyendo también a reducir el estigma.

Las unidades de hospitalización a domicilio buscan mantener la eficacia clínica de la hospitalización convencional, reduciendo ingresos y costes. Además, como modalidad innovadora, pueden contribuir a una mayor estabilidad terapéutica a largo plazo y facilitar la transición a los servicios comunitarios de salud mental.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

La hospitalización por TCA implica estancias hospitalarias prolongadas y alto consumo de recursos, pudiendo generar un impacto emocional significativo y una elevada carga familiar, además de un alto riesgo de reingreso en el primer año tras el ingreso hospitalario (5). La evidencia científica en hospitalización domiciliaria en TCA en niños y adolescentes es escasa pero los modelos descritos sugieren beneficios clínicos, menor uso de camas hospitalarias y mejor adherencia al tratamiento, con resultados prometedores en la consolidación de la recuperación a largo plazo (6,7).

En el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, hemos implementado un protocolo de hospitalización a domicilio para TCA (8) que ha demostrado ser viable (accesible, con fácil reclutamiento, con escasos abandonos de tratamiento y evitando muchos días de ingreso en hospital) y también buena aceptabilidad por parte de los padres y familiares al cuidado, con una alta satisfacción global (4.9/5). Los datos apoyan la hospitalización a domicilio para la población infanto-juvenil en TCA como un alternativa viable y segura y la expansión de unidades de hospitalización psiquiátrica a domicilio en población infanto-juvenil debe de centrar su atención en este grupo de pacientes, por su prevalencia, sus largas estancias hospitalarias y por el valor añadido de la hospitalización a domicilio: el trabajo activo con la familia.

RETOS EN LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

Aunque las unidades de hospitalización a domicilio en salud mental infanto-juvenil han aumentado, su disponibilidad sigue siendo limitada y heterogénea, comprometiendo la equidad en el acceso. La insuficiente dotación de recursos restringe la cobertura y genera desigualdades en la indicación clínica, por lo que es prioritario impulsar la creación y consolidación de nuevas unidades que garanticen el acceso universal a este tratamiento.

Las unidades actualmente operativas presentan una cartera de servicios heterogénea, con variabilidad en la definición del modelo asistencial, la composición de los equipos multidisciplinares y los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. Asimismo, en la actualidad no existe una estandarización de los indicadores de calidad ni de los parámetros asistenciales específicos para esta modalidad terapéutica. Ante esta situación, se ha constituido recientemente un grupo de trabajo integrado por diversas unidades de hospitalización a domicilio infanto-juvenil, con el objetivo de desarrollar una estrategia conjunta de “*benchmarking*”, compartir protocolos clínicos y avanzar hacia la definición consensuada de modelos de atención domiciliaria.





La consolidación y expansión de la hospitalización a domicilio en salud mental infanto-juvenil exige el fortalecimiento estructural de las unidades existentes, mediante el desarrollo de programas estandarizados y específicos por diagnóstico. Resulta prioritario ampliar la cartera de servicios más allá de los episodios agudos, incorporando itinerarios terapéuticos diferenciados según perfil clínico y nivel de gravedad. Asimismo, la integración sistemática de herramientas digitales puede optimizar la continuidad asistencial, la adherencia y la supervisión terapéutica. Finalmente, es imprescindible consolidar mecanismos de coordinación con el ámbito educativo, los servicios sociales y los recursos comunitarios, garantizando un modelo de atención integral, centrado en el entorno natural del menor.

Por último, aunque los datos preliminares sugieren que la hospitalización a domicilio en psiquiatría infanto-juvenil es una alternativa viable al ingreso convencional, la evidencia disponible sigue siendo limitada y heterogénea. Se requieren estudios rigurosos que evalúen su efectividad, seguridad y sostenibilidad, y que permitan delimitar con precisión sus componentes esenciales y sus indicaciones clínicas.

REFERENCIAS

1. Soriano V, Ramos JM, López-Ibor MI, Chiclana-Actis C, Faraco M, González-Cabrera J, et al. Hospital admissions in adolescents with mental disorders in Spain over the last two decades:

- 4 A mental health crisis? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024;34: 1125-34. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02543-2>
2. Parlamento Europeo. Carta Europea de los Niños Hospitalizados (Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986). Estrasburgo: Parlamento Europeo; 1986.
 3. Graf D, Sigrist C, Boege I, Cavelti M, Koenig J, Kaess M. Effectiveness of home treatment in children and adolescents with psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2024;22(1):241. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03448-2>
 4. Slagle B, Sanders SC, Nguyen CN, Yarbrough L, Fisher C, Mikkilineni S, Filipek J, Cantu RM. Eating disorder length of stay and readmission rate differences depending on payor source. *Hosp Pediatr.* 2025;15(11): 960-67. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2025-008388>
 5. Zeiler M, Philipp J, Truttmann S, Wittek T, Franta C, Imgart H. A German version of the Caregiver Skills Scale for caregivers of patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(2): 257-68. <https://doi.org/10.1002/erv.2817>
 6. Pauli D, Dempfle A, Koenig J, von Gontard A, Herpertz-Dahlmann B. Home treatment added to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *Eur Eat Disord Rev.* 2022;30(2): 224-35. <https://doi.org/10.1002/erv.2887>
 7. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Konrad K, Klasen F, Ravens-Sieberer U, Koenig J. Home treatment in anorexia nervosa: A pilot study of a new treatment setting. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(1): 7-20. <https://doi.org/10.1002/erv.2803>
 8. Morón-Nozaleda MG, Yáñez S, Camarneiro RA, Gutiérrez-Priego S, Muñoz-Domenjó A, García-López C, et al. Feasibility and acceptability of a hospital-at-home program for adolescents with eating disorders: Making progress in community/family-based treatments. *Int J Eat Disord.* 2023;56(6): 1134-43. <https://doi.org/10.1002/eat.23907>

Amanda Cercós Lopez 1 * 
Oaia Iriondo Blanco 1 
Sandra Gómez Vallejo 1 
Laura Atarés Betrán 1
Celeste Galceran Chaves 1
Amagoia Jimenez Zubizarreta 1
Astrid Morer Liñan 1 

1. Hospital Clínic. Barcelona, España

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Amanda Cercós Lopez
Correo: acercos@clinic.cat

La hospitalización aguda domiciliaria como alternativa al ingreso hospitalario en niños y adolescentes con patología psiquiátrica aguda

Acute home treatment as an alternative to inpatient care for children and adolescents with mental health crisis

RESUMEN

Introducción: Tras la pandemia de COVID-19 se incrementa la patología psiquiátrica en la población infantil y juvenil, con la consiguiente saturación de las urgencias y de las unidades de hospitalización convencionales. En el Hospital Clínic de Barcelona se implementó la Hospitalización Domiciliaria Psiquiátrica Infanto Juvenil (HDOM PIJ), un modelo terapéutico enfocado en el menor en su entorno, minimizando la ruptura ambiental y el carácter restrictivo. HDOM PIJ dispone de tiempos de espera cortos, permitiendo intervenir al inicio de la fase aguda. **Métodos:** Estudio observacional analítico retrospectivo que evalúa los veintiún primeros meses de funcionamiento d HDOM PIJ (junio 2021 - marzo 2023). Se incluyen los pacientes ingresados en este período. **Resultados:** Se han incluido 116 pacientes (edad media 14,72 años; 69,8% mujeres). La estancia media fue de 19,67 días y el principal motivo de derivación fue la ideación suicida. Los trastornos depresivos son los diagnósticos más prevalentes, seguidos de los trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del neurodesarrollo y trastornos psicóticos. El 37,1% de los pacientes fueron derivados desde hospitalización convencional, seguido de Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) (32,7%) y urgencias (26,7%). Al alta de HDOM PIJ, el 92,2 % fue derivado a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica. **Conclusión:** La hospitalización domiciliaria supone una alternativa efectiva a la hospitalización convencional. Alivia la saturación hospitalaria y favorece un abordaje

ABSTRACT

Background: Following the COVID-19 pandemic, there has been a surge in psychiatric disorders among children and adolescents, leading to overcrowding in emergency services and conventional inpatient units. In response, Hospital Clínic in Barcelona has implemented a Child and Adolescent Acute Home Hospitalisation (HDOM PIJ) programme, a therapeutic model centred on the child within their own environment, minimising environmental disruption and restrictive measures. With short waiting times, the HDOM PIJ programme facilitates intervention at the onset of the acute phase. **Methods:** A retrospective analytical observational study evaluating the first twenty-one months of the HDOM PIJ programme (June 2021–March 2023). All patients admitted during this period were included. **Results:** A total of 116 patients were included (mean age 14.72 years; 69.8% female). The average length of stay was 19.67 days, and the main reason for referral was suicidal ideation. Depressive disorders were the most prevalent, followed by eating disorders, neurodevelopmental disorders and psychotic disorders. 37.1% of patients were referred from conventional hospitals, followed by the Child and Adolescent Mental Health Centre (CSMIJ, 32.7%) and emergency services (26.7%). Upon discharge from the HDOM PIJ programme, 92.2% were referred to a lower-intensity care resource. **Conclusion:** Home treatment represents an effective

5

integral en el entorno natural del paciente. Ofrece menores tiempos de espera y resultados sostenidos, y equiparables a la hospitalización convencional, y menor uso de recursos al alta.

Palabras clave: cuidado intensivo, tratamiento domiciliario agudo, patología psiquiátrica aguda, atención hospitalaria, niños y adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Las estimaciones de la prevalencia global de trastornos mentales en niños y adolescentes varían entre un 10-20 % (1), siendo de un 15,5% en Europa según un reciente metaanálisis (2). La intervención temprana resulta fundamental para reducir las consecuencias derivadas y el riesgo de cronicidad, dado que hasta el 50% de los casos persisten durante los 2- 5 años siguientes (3).

La pandemia por COVID-19 y el confinamiento han tenido un alto impacto en la salud mental de esta población, evidenciado por un aumento en las tasas de hospitalización, en la demanda de los servicios de urgencias y una elevada dificultad de abordaje regular a nivel ambulatorio (4,5). En el estudio retrospectivo de Marin D. et al se reporta un incremento en los ingresos hospitalarios convencionales de hasta un 116,7%.

Característicamente, se observa una edad de inicio más temprana, mayor gravedad de síntomas, menor número de antecedentes psiquiátricos previos (52,3% frente al 80%) y predominio en mujeres. Además, aquellos pacientes con patología previa presentaban agravamiento de síntomas y mayores tasas de recaída (6).

Por otro lado, los datos europeos muestran un incremento significativo de los trastornos alimentarios, conducta suicida, depresión, ansiedad y consumo de sustancias en los primeros 12 meses del inicio de la pandemia (6). También se evidencia un incremento de las tasas de re-hospitalización, siendo la tasa de recaída en pacientes con conductas suicidas del 30-43% (7). Además, la exposición a factores de riesgo (aislamiento social, aumento del

alternative to conventional hospitalisation. It reduces hospital overcrowding and provides a comprehensive approach in the patient's natural environment. It offers shorter waiting times, sustained outcomes comparable to conventional hospitalisation and reduced resource use at discharge

Keywords: intensive care, acute home treatment, mental health crisis, inpatient care, children and adolescents.

uso de redes sociales, violencia doméstica o maltrato/ abuso infantil) y la ausencia de factores protectores, han incrementado la vulnerabilidad a la aparición de trastornos mentales (5,6). En respuesta al incremento de la demanda y saturación de los servicios disponibles, se potencia desde políticas sanitarias estatales y recomendaciones europeas el desarrollo de nuevas políticas y dispositivos comunitarios orientados a la atención y recuperación en el entorno habitual del menor (8,9).

Diversos estudios han evidenciado que estos nuevos recursos comunitarios han demostrado presentar la misma eficacia que la hospitalización convencional, además de contribuir a la reducción de síntomas, evitar la ruptura con el entorno, favorecer la integración en la comunidad, lograr una mayor estabilidad, reduciendo así el uso y dependencia de recursos hospitalarios, y por tanto también de los costes sanitarios derivados (3, 10, 11, 12).

Esta dimensión adquiere particular relevancia si se considera que los menores con patología psiquiátrica generan un coste de al menos dos veces superior con respecto a menores con otras patologías médicas o sin diagnóstico asociado (3,13).

Entre los diversos modelos de intervención comunitaria, la hospitalización domiciliaria aguda emerge como una alternativa prometedora a la hospitalización tradicional, manteniéndose esta última en aquellos casos en los que exista peligro para uno mismo, terceros, o sea necesario preservar la integridad del menor fuera del entorno familiar. Esta intervención se diferencia del resto en que no es una intervención a medio-largo plazo, sino aguda, con una duración media de 2-3 semanas. Este

tiempo de intervención es el máximo impuesto en algunos centros. De esta manera, se evita una mayor descompensación de la patología de base y se ayuda a reducir el riesgo de ingreso hospitalario convencional. Este tipo de recurso adquiere particular relevancia en el contexto postpandémico, situándose como una pieza clave ante el empeoramiento de la salud mental infantil y juvenil, las dificultades de seguimiento ambulatorio, el déficit de camas disponibles y el aumento generalizado de urgencias psiquiátricas e ingresos hospitalarios, relacionados en mayor medida con trastornos depresivos, de la conducta alimentaria y conductas suicidas (14, 15). Además, permite centrar la atención en el domicilio, intervenir de manera rápida ante situaciones de crisis y proteger a los menores del riesgo de contagios durante la pandemia. Los modelos de intervención aguda domiciliaria han mostrado resultados alentadores en términos de reducción de costes, efectividad del tratamiento, menor estigmatización, y ofrecen una intervención personalizada e intensiva, con la participación activa de la familia y la preservación al entorno social y educativo del menor (1, 9, 16).

En consonancia con lo descrito, en julio de 2021 se puso en marcha en el Hospital Clínic de Barcelona el recurso de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría Infanto Juvenil (HDOM PIJ), basado en un modelo terapéutico centrado en el menor dentro de su entorno habitual. Esta modalidad permite minimizar la ruptura ambiental y reducir el carácter restrictivo del ingreso convencional.

HDOM PIJ dispone de tiempos de espera cortos, por lo que habitualmente se puede iniciar al inicio de la fase aguda. Los principales objetivos son: (1) Disminuir la presión y saturación de la hospitalización y los servicios de urgencias, ofreciendo una alternativa a la hospitalización convencional. (2) Acortar el tiempo de espera de atención en situaciones de crisis. (3) Reducir los costes asociados a los ingresos hospitalarios. (4) Ofrecer una atención comparable en intensidad y seguridad a la hospitalización convencional. (5) Favorecer la transición al entorno natural del menor, especialmente en aquellos casos en los que el objetivo es reducir la estancia hospitalaria.

En este artículo se presenta un estudio observacional analítico retrospectivo de los primeros veintiún meses de funcionamiento de HDOM PIJ.

La hipótesis principal del estudio consiste en demostrar que, en la población infantil y juvenil, el recurso de HDOM PIJ es efectivo en condiciones clínicas reales como alternativa a la hospitalización convencional en situación de crisis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se incluyen los individuos ingresados en el dispositivo de HDOM PIJ del Hospital Clínic de Barcelona entre junio 2021 y marzo 2023. El Hospital Clínic de Barcelona es un centro sanitario de tercer nivel que ofrece atención especializada a la población infanto-juvenil de la mayor parte del área metropolitana, con excepción de tres distritos. La zona atendida cuenta con una población estimada de 172887 niños y adolescentes.

El equipo de HDOM PIJ está supervisado por una coordinadora médica y cuenta con una psiquiatra a jornada completa los días laborables, así como dos enfermeras que cubren el recurso todos los días del año, incluyendo fines de semana y festivos. También cuenta con el soporte de una trabajadora social.

El proceso de derivación desde la red comunitaria se realiza a través de la cumplimentación de un formulario de derivación. El caso es analizado y se emite una respuesta en un plazo no mayor a 24 horas laborables. Si la derivación procede del servicio de urgencias o del de hospitalización, se realiza una interconsulta a HDOM PIJ, quien realizará una rápida valoración del caso y proporcionará una respuesta previa al alta del recurso que deriva.

Si el individuo se considera candidato, cumple los criterios de inclusión y puede ser atendido con seguridad en el domicilio, se procede al ingreso.

Los criterios de inclusión incluyen: necesidad de ingreso psiquiátrico agudo independientemente del diagnóstico, edad comprendida entre 5 y < 18 años, residir en los distritos geográficos vinculados al Hospital Clínic de Barcelona, acompañamiento por cuidador adulto en el domicilio y aceptación voluntaria del ingreso en el domicilio.

Quedarían excluidos aquellos casos en los que no hay disponibilidad del cuidador, alteraciones graves de conducta (heteroagresividad, fugas recurrentes),

riesgo suicida activo (riesgo suicida moderado o grave sin adecuado soporte y supervisión), patología somática grave que requiera atención hospitalaria y casos en los que esté comprometida la seguridad del menor en entorno familiar.

El proceso de ingreso comienza con una visita domiciliaria inicial, durante la cual se firma el consentimiento informado y se detalla el procedimiento de admisión. A partir de este momento, se desarrolla un plan de atención individualizado e intensivo.

El recurso de HDOM PIJ se basa en un protocolo estandarizado de atención intensiva todos los días del año, incluyendo fines de semana y festivos, y combina intervenciones psiquiátricas, psicológicas, enfermeras y sociales. Durante el ingreso, se realiza un seguimiento diario, presencial o telefónico según la evolución clínica, siendo las visitas domiciliarias programadas al menos 3–5 veces por semana en los casos de mayor agudeza. Además, ofrece la posibilidad de contacto telefónico directo con el servicio de urgencias en caso de crisis fuera del horario laboral del equipo.

Las intervenciones incluyen: evaluación psiquiátrica continua; seguimiento por enfermería centrado en monitorización de sintomatología, adherencia al tratamiento y soporte psicoeducativo; intervención psicoeducativa focalizada en manejo de crisis, regulación emocional y fortalecimiento de competencias familiares; y valoración social orientada a la detección de factores de vulnerabilidad y coordinación con redes comunitarias cuando procede. También se realizarán las coordinaciones pertinentes los diferentes referentes del caso (familia, red comunitaria y, cuando es preciso, el centro educativo).

Para garantizar la homogeneidad del abordaje, el equipo utiliza un plan terapéutico individualizado revisado en reuniones clínicas semanales, junto con un registro sistemático de visitas, intervenciones y eventos críticos. Este procedimiento permite monitorizar la evolución clínica, ajustar el nivel de intensidad de la intervención y reevaluar los objetivos terapéuticos, garantizando un abordaje flexible y estandarizado acorde con las necesidades del caso.

Variables analizadas

El presente estudio es observacional, analítico y retrospectivo con el objetivo de definir las características de la muestra incluida y valorar los resultados clínicos obtenidos. El estudio de las variables analizadas se basa en los datos obtenidos de los seis meses previos y posteriores al ingreso en HDOM PIJ. Se incluyen las siguientes variables: edad en el momento del ingreso, género, estancia media del ingreso en hospitalización domiciliaria aguda, diagnóstico principal al alta, número total de ingresos hospitalarios totales previos y en los 6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ, número de visitas a los servicios de urgencias en los 6 meses previos y 6 meses posteriores al ingreso, número de reingresos, recursos que derivan, recursos al alta, tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso y al alta y días en lista de espera de ingreso en HDOM PIJ. Los diagnósticos se realizaron siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (17), a partir de la evaluación clínica realizada por el equipo clínico. El presente estudio cuenta con la aceptación por parte del Comité de Ética de Investigación Médica del Hospital Clínico de Barcelona (Reg. HCB/2023/0877). Los datos se han obtenido mediante la revisión de las historias clínicas.

Análisis estadístico

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables, incluyendo medias, desviación estándar y frecuencias.

Para evaluar el impacto del ingreso en HDOM PIJ, se llevó a cabo un análisis mediante un Modelo Lineal General (GLM) con medidas repetidas, comparando el número de hospitalizaciones en unidades de agudos de cada individuo y su estancia media, así como las visitas a urgencias, durante los seis meses previos y los seis meses posteriores al tratamiento en HDOM PIJ.

El tiempo (Pre vs. Post) se incluyó como factor intra-sujetos, mientras que el diagnóstico al alta se incluyó como factor inter-sujetos para evaluar si el cambio observado en las variables clínicas dependía

del diagnóstico principal del paciente. Además, los análisis se ajustaron por género y edad, que fueron incluidos como covariables.

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS versión 28.0. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0,05$ (bilateral) para todas las pruebas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se recogen en las tablas que se muestran a continuación.

La muestra de estudio incluye un total de 116 individuos que ingresaron en el dispositivo de HDOM PIJ entre junio 2021 y marzo 2023 (21 meses). La edad media de los participantes es de 14,72 años (desviación estándar [d.e.] = 1,85), con un 69,8% mujeres (n: 81). La [tabla 1](#) recoge las características demográficas.

Del total de la muestra de estudio, el 48,3 % convive con ambos progenitores en el momento del ingreso, un 44% con uno de ellos, y menos del 10% residen con otro cuidador o en un centro residencial.

Por otro lado, a pesar de que el 75 % no ha realizado seguimiento previo con Servicios Sociales, durante el ingreso en el recurso de HDOM PIJ fue preciso la intervención de la figura social en un 65,5 % de los casos. Se activaron los Servicios Sociales en un 2,6 %, el Equipo de Atención a la Infancia y a la adolescencia (EAIA) en un 1,7 % y el equipo de urgencias sociales en un caso.

La [tabla 2](#) y [3](#) describen las variables clínicas recogidas. La estancia media en el dispositivo es de 19,67 días (d.e. 10,69). Los principales dispositivos de derivación son la sala de hospitalización (37,1%), CSMIJ (32,7%) y el servicio de urgencias (26,7%), siendo el tiempo de espera de ingreso desde este último dispositivo menor a un día.

En promedio, los pacientes habían utilizado al menos dos recursos de atención médica previo al ingreso en HDOM PIJ ($2,26 \pm$ d.e. 1,22), incluyendo consultas externas, hospitalizaciones y hospital de día.

En el momento del alta de HDOM PIJ, el 92,2 % de los casos es derivado a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica.

De los 116 individuos totales incluidos en la muestra, el 37,1 % ingresó por ideación suicida o intento suicida como principal motivo y los diagnósticos predominantes fueron: trastornos depresivos (30,17%), trastornos de la conducta alimentaria (17,24%), trastornos del neurodesarrollo (12,07%), trastornos relacionados con trauma y factores de estrés (9,48%), Trastornos psicóticos (8,62%). Los Trastornos por uso de sustancias representaron un 0,9% de la muestra total.

Al analizar las diferencias por género, los varones que ingresaron en HDOM PIJ mostraron mayor frecuencia de patrones externalizantes, como problemas de conducta (3,4% del total), consumo de sustancias (0,9%), trastornos psicóticos (4,3%) y trastornos del neurodesarrollo (5,2%). Sin embargo, también presentaron una prevalencia elevada de trastornos depresivos (11,2%), frente al 18,9% en mujeres (OR: 1,85; IC 95%: 0,88–3,89), y representaron el 9,3% de los casos de ideación o intento suicida.

En la [tabla 4](#), se muestran las variables relacionadas con respecto al uso de recursos asistenciales en los 6 meses previos y 6 meses posteriores a la intervención.

Se observa una disminución significativa en el número de ingresos en sala de agudos o estancia media en los 6 meses posteriores al ingreso HDOM PIJ, comparado con los 6 meses previos [$F(1, 115) = 7,445, p = 0,007$]. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre hospitalizaciones antes y después del ingreso en HDOM PIJ y diagnóstico ($F(14, 101) = 0,687, p = 0,782$), lo que sugiere que el cambio en hospitalizaciones fue similar en todos los grupos de diagnóstico.

Se registró una disminución significativa en las visitas al servicio de urgencias durante los 6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ, en comparación con los 6 meses previos [$F(1, 115) = 26,655, p < 0,001$].

Tampoco se encontró una asociación significativa entre visitas a urgencias y diagnóstico ($F(14, 101) = 0,756, p = 0,713$), lo que sugiere que la disminución en visitas a urgencias fue homogénea en todos los grupos de diagnóstico.

Finalmente, la tasa de reingreso en el dispositivo de HDOM PIJ ha sido muy baja, con una media de 0,02 de reingresos en los primeros 6 meses tras el alta.

Tabla 1. Variables demográficas

Género, n (%)	Femenino	81 (69,8)
	Masculino	33 (28,4)
	No binario	2 (1,7)
Edad, media (d.e.)		14,67 (1,85)
Convivencia, n (%)	Ambos progenitores	56 (48,3)
	Uno de los progenitores	51 (44)
	Centro Residencial	7 (6)
	Otros familiares	2 (1,7)
Seguimiento previo por Servicios Sociales, n (%)	No	No 87 (75%)
	Servicios Sociales	Servicios Sociales
	EAIA	EAIA 19 (16,4)
	DGAIA	DGAIA 1 (0,9)
Intervención Trabajadora Social durante ingreso, n (%)	No	76 (65,5)
	Sí	40 (34,5)
Activación durante ingreso, n (%)	No	110 (94,8)
	Servicios Sociales	Servicios Sociales 3 (2,6)
	EAIA	EAIA 2 (1,7)
	Equipo urgencia	Equipo urgencia 1 (0,9)

* n: número de participantes; d.e.: desviación estándar; EAIA (Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia); DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia).

** Se presentan las características sociodemográficas de la muestra total de pacientes ingresados en el programa de Hospitalización Domiciliaria de Psiquiatría Infanto Juvenil (HDOM PIJ) entre junio de 2021 y marzo de 2023.

Tabla 2. Variables clínicas

Estancia media, media (d.e.)	19,67 (10,69)	
Días de espera de ingreso desde urgencias	0,07 días	
Número de recursos previos, media (d.e.)	2,26 (1,22)	
Derivante, n (%)	Sala de hospitalización	43 (37,1)
	CSMIJ	38 (32,7)
	Urgencias	31 (26,7)
	HD	4 (3,4)
Destino al alta, n (%)	CSMIJ	67 (57,7)
	HD	38 (32,8)
	Sala hospitalización	9 (7,8)
	Recursos red privada	2 (1,7)

* n: número de participantes; d.e.: desviación estándar; CSMIJ (Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil); HD (Hospital de Día).

** Se describen variables clínicas relacionadas con el ingreso en HDOM PIJ, incluyendo duración media de la estancia, tiempo de espera desde urgencias, número promedio de recursos asistenciales utilizados antes del ingreso en HDOM PIJ, dispositivos derivantes y destino terapéutico al alta.

Tabla 3. Diagnóstico principal al alta según criterios DSM5, n (%)

Trastornos depresivos	35 (30,17)
Trastornos de ansiedad	9 (7,76)
Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	10 (8,62)
Trastornos del neurodesarrollo	14 (12,07)
Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	1 (0,86)
Trastorno bipolar y trastornos relacionados	1 (0,86)
Trastornos de la conducta alimentaria	20 (17,24)
Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	7 (6,03)
Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	11 (9,48)
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	1 (0,86)
Otros	7 (6,03)
Ideación / intento de suicidio	43 (37,1)

* n: número de participantes; %: proporción respecto al total de la muestra.

** Clasificación diagnóstica principal según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5). Se incluye el diagnóstico principal y la presencia o no de ideación o intento suicida.

DISCUSIÓN

El presente estudio aporta evidencia preliminar sobre los beneficios de HDA IJ sobre las variables evaluadas, como posible alternativa a la hospitalización convencional. Estos resultados deben entenderse dentro de las características del diseño y del periodo de observación disponibles. Los hallazgos muestran una reducción significativa tanto en los ingresos hospitalarios convencionales como en las visitas a urgencias en los seis meses posteriores al tratamiento en el dispositivo de HDOM PIJ.

Esta mejora podría estar asociada a la intervención temprana y la intensificación del seguimiento en el entorno familiar y comunitario, factores descritos que promueven mayor estabilización clínica y continuidad asistencial (1, 18).

No se encontraron asociaciones significativas entre la evolución clínica y el diagnóstico principal, lo que sugiere utilidad transversal del modelo. Tampoco se identificaron cambios relevantes en el tratamiento farmacológico, lo que apunta al papel central de la intervención psicoterapéutica y psicosocial.

Tabla 4. Variables relacionadas con el uso de recursos asistenciales

	Totales previos al ingreso	0,89 (1,30; 0-8)
	6 meses previos al ingreso en HDOM PIJ	0,52 (0,70; 0-3)
Ingresos en sala de hospitalización (media, d.e., mínimo - máximo)	6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ	
	Total (alta-6m)	0,32 (0,58; 0-3)
	<1m	0,07 (0-1)
	1-6m	0,19 (0-3)
	>6m	0,20 (0-2)
Reingresos en HDOM PIJ (media ± d.e.)	<1m	0,03 (0-1)
	1-6m	0,02 (0-1)
	>6m	0,03 (0-1)
Visitas a urgencias (media ± d.e.)	6 meses previos al ingreso en HDOM PIJ	1,45 (0-7)
	Durante el ingreso en HDOM PIJ	0,12 (0-2)
	6 meses posteriores al ingreso en HDOM PIJ	0,72 (0-6)

* Comparativa del uso de recursos asistenciales (hospitalización en unidades de agudos, visitas a urgencias y reingresos) en los seis meses previos y posteriores al ingreso en HDOM PIJ.

Los resultados obtenidos se alinean con estudios previos que muestran que los modelos comunitarios intensivos, como HDOM PIJ, reducen la necesidad de hospitalización convencional y acortan la estancia media en pacientes ya ingresados. Además, se relacionan con un menor impacto emocional asociado y facilitan la transición al entorno habitual, una transferencia adecuada de las estrategias terapéuticas adquiridas y una mayor continuidad terapéutica (11,18,19).

Así, el 92,2% de los casos atendidos en HDOM PIJ fueron derivados al alta a un recurso asistencial de menor intensidad terapéutica. Los estudios que han evaluado programas comunitarios similares en diseño e intensidad a HDOM PIJ —como los modelos de *Home Treatment* o *Intensive Home-Based Crisis Care*— muestran resultados comparables a la hospitalización tradicional en términos de estabilización clínica y reducción del uso de recursos hospitalarios (11,18,19,20).

Vázquez-Bourgon et al. (19) y Muskens et al. (18) reportan disminución significativa de ingresos y estancias hospitalarias tras la intervención comunitaria intensiva, mientras que Ougrin et al. (11) evidencia equivalencia clínica respecto al ingreso convencional en un ensayo controlado. La revisión de Kwok et al. (20) subraya que estos modelos

son especialmente efectivos cuando combinan intervención multidisciplinar, alta intensidad de intervención y participación activa de la familia, elementos clave también presentes en HDOM PIJ.

De forma complementaria, estudios como los de Boege et al. (1,3), Muskens et al. (18) y Graf et al. (15), centrados en programas intensivos de tratamiento domiciliario comparables a HDOM PIJ por diseño, nivel de intensidad y población atendida, confirman resultados clínicos equiparables a la hospitalización convencional, incluyendo reducciones significativas en reingresos, utilización de urgencias y días de ingreso, así como una evolución clínica favorable a medio plazo. En conjunto, esta evidencia respalda que los modelos comunitarios intensivos presentan resultados equivalentes o superiores a la hospitalización convencional, especialmente en términos de continuidad asistencial y sostenibilidad del tratamiento en el entorno natural del menor.

La inclusión y participación activa de la familia constituye un componente central del modelo. Facilita la identificación de factores desencadenantes, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y la exploración de factores psicosociales y familiares asociados a la crisis, aspecto especialmente relevante en el contexto postpandémico, aunque no se evaluó de manera directa en este estudio. También se ha

descrito como predictor de mejor pronóstico, mayor estabilidad al alta y menor riesgo de recaídas, al dotarse a los referentes de estrategias de detección y manejo de situaciones de riesgo (15, 18-20). Por tanto, la participación de los cuidadores y el abordaje de factores psicosociales —incluyendo dinámica familiar, estrés parental y soporte comunitario— son determinantes para la sostenibilidad del tratamiento, la adherencia y la continuidad asistencial en dispositivos comunitarios intensivos (11, 15, 20).

Durante y después de la COVID-19, se produjo un aumento de la vulnerabilidad psicosocial en niños y adolescentes, derivado del aislamiento prolongado, ruptura de rutinas, pérdida de espacios escolares y comunitarios, sobreexposición digital y dificultades en la identificación temprana de situaciones de riesgo en el hogar (4, 5, 7, 21). Esta combinación de estresores, junto con limitaciones en el seguimiento y el incremento de altas hospitalarias precoces, se asociaría con una mayor incidencia de crisis en entornos con menor disponibilidad de factores protectores (4, 7).

El Trabajo Social sanitario desempeña un papel esencial en esta modalidad de ingreso. Su abordaje permite identificar y tratar factores clave del bienestar del menor —como las condiciones socioeconómicas, la organización familiar o la red de apoyo disponible— que influyen directamente en la evolución clínica y en la capacidad de la familia para sostener el proceso terapéutico. Además, facilita la coordinación con servicios sociales y educativos, garantiza la continuidad integrada de cuidados y contribuye a prevenir riesgos sociales que pueden pasar inadvertidos en otros niveles asistenciales (21).

De forma coherente con estos hallazgos, en este estudio se activó Trabajo Social en el 65,5 % de los casos, pese a que la mayoría de las familias no contaban con apoyo previo, lo que pone de relieve el valor del modelo domiciliario para detectar factores de riesgo social habitualmente invisibilizados.

Los motivos de ingreso más frecuentes estuvieron relacionados con cuadros afectivos y conductas suicidas, con una elevada presencia de trastornos depresivos y del comportamiento alimentario, reflejando un perfil clínicamente complejo, que exige intervenciones de alta intensidad y una monitorización

constante. Este patrón es coherente con la literatura reciente, que documenta un incremento de los episodios depresivos, las autolesiones y los trastornos alimentarios en población infantojuvenil, sobre todo en el período post-pandémico (5,6), junto con la conducta suicida (14,20). En los datos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, se observa un pico entre julio y septiembre de 2021, coincidiendo con el aumento descrito en ese mismo período en la literatura (6).

La evidencia señala que la evolución clínica de estos episodios está fuertemente influenciada por la rapidez de la intervención y por la capacidad para identificar los factores precipitantes en el entorno donde se originan. La elevada presencia de sintomatología suicida refuerza la importancia de intervenciones tempranas y de alta intensidad en el domicilio, especialmente en modelos que integran participación familiar y monitorización continua (3, 11, 15). En este caso, ingresos precedentes del servicio de urgencias contaban con tiempos de demora prácticamente nulos, evidenciando una rápida capacidad de atención. La combinación de intervención precoz, intensiva y contextualizada se asocia con mejores trayectorias clínicas, menor riesgo de recaída y reducción del uso de recursos hospitalarios en jóvenes con depresión e ideación suicida, actuando como un mecanismo de protección adicional (11,15,20).

El hecho de que el 92,2 % de los pacientes pudiera continuar tras el alta en recursos de menor intensidad podría indicar una asociación entre la intervención en el entorno natural y una evolución clínica más estable, en un contexto que evita la ruptura con el vínculo familiar, social y educativo. Este patrón es consistente con lo descrito por Noguero *et al.* (9) y Ougrin *et al.* (11), quienes señalan que la intervención intensiva en domicilio reduce el estigma asociado a la hospitalización y favorece una reintegración funcional más rápida.

Del 37,1 % de los pacientes que provienen de hospitalización tradicional, el 97,8 % ha ingresado en algún momento de su vida en un recurso de este tipo, y el 93,3 % lo había hecho en los seis meses previos al ingreso en HDOM PIJ. Esta cifra se redujo a un 37,8 % en los seis meses tras el alta de HDOM

PIJ. Esta reducción podría reflejar una evolución favorable; aunque interpretándose con cautela, ya que el diseño del estudio — de naturaleza observacional y no aleatorizada— no permite establecer relaciones causales ni extraer conclusiones firmes sobre una posible estabilización clínica.

La baja necesidad de reingresos observada en la muestra se alinea con modelos comunitarios menos restrictivos y coherentes con los principios *QualityRights* de la OMS (8), orientados a preservar la autonomía y a promover intervenciones centradas en la persona. La literatura señala que estos enfoques, especialmente cuando se aplican mediante dispositivos comunitarios intensivos, pueden asociarse a una mayor continuidad asistencial y a una evolución clínica más favorable (3,15).

La mínima tasa de reingreso durante el período evaluado es coherente con estudios que muestran bajas tasas de reingreso en modelos intensivos domiciliarios bien estructurados; sin embargo, no permiten asumir directamente que la ausencia de reingreso implique ausencia de recaídas clínicas. (22).

En conjunto, la distribución diagnóstica observada confirma que HDOMPIJ se está utilizando para atender casos clínicamente complejos, pero apropiados para un abordaje temprano e intensivo en el entorno natural del menor, posicionándose como una alternativa viable a la hospitalización tradicional en línea con la literatura (4,10,15,22).

Además, se observó un predominio de pacientes de mujeres (69,8 %) y una edad media cercana a los 15 años. Este patrón responde al perfil epidemiológico descrito en la literatura reciente, que señala una mayor incidencia de trastornos afectivos, conductas suicidas y trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes mujeres, especialmente en el periodo post-pandémico (5,6).

Los resultados descritos son coherentes con los estudios actuales, resaltando una intervención más temprana, una reducción de las tasas de ingresos hospitalarios, una reducción de las listas de espera y una reducción de la sobrecarga de recursos asistenciales (18,20).

Implicaciones clínicas

Los resultados preliminares de este estudio sugieren que el recurso de HDOMPIJ podría consolidarse como una alternativa viable e intensiva para la atención de urgencias psiquiátricas en adolescentes, ofreciendo beneficios terapéuticos, familiares y organizativos (3, 11, 20).

Desde el punto de vista clínico, los tiempos de espera desde urgencias fueron casi nulos, por lo que HDOMPIJ podría reflejar una elevada capacidad de respuesta en situaciones de crisis y permitir la atención de pacientes con perfiles complejos directamente en su entorno habitual.

Este abordaje en domicilio se caracteriza por evitar elementos propios del ingreso convencional, como el aislamiento del menor, el estigma asociado, la interrupción de rutinas sociales y educativas o la exposición a entornos hospitalarios prolongados (15,18).

La intervención intensiva y personalizada incorpora componentes que, según estudios previos, se relacionan con una mayor continuidad terapéutica y con trayectorias clínicas más estables (15,18).

Más del 80% de los pacientes fueron derivados al alta a recursos de menor intensidad terapéutica y se observó una reducción significativa en el número de ingresos y visitas a urgencias en los seis meses posteriores.

Estos datos podrían estar relacionados con el nivel de estabilización alcanzado durante el ingreso, si bien no permiten establecer relaciones causales y deben interpretarse dentro del marco de diseño de este estudio.

En el plano familiar, la literatura sugiere que la implicación activa de los cuidadores y el trabajo terapéutico en el domicilio pueden fortalecer las competencias parentales, mejorar la comunicación y el funcionamiento del menor y de la familia, y facilitar la detección temprana de vulnerabilidades sociales que suelen permanecer invisibles en entornos hospitalarios. Aunque estos aspectos no fueron evaluados directamente en el presente estudio, constituyen una ventaja reconocida de los recursos de hospitalización domiciliaria intensiva, reduciendo la

13

claudicación familiar, y favoreciendo un entorno más protector y a la prevención de recaídas futuras (19).

Desde la perspectiva organizativa, HDOM PIJ podría representar un recurso estratégico para optimizar la gestión sanitaria. Podría contribuir a reducir la presión sobre los servicios de urgencias y las camas hospitalarias, acorta los tiempos de espera y ofrece una atención intensiva sin comprometer la seguridad del paciente. Esta modalidad permitiría atender un mayor número de pacientes de manera eficiente, manteniendo la calidad de la atención y fomentando la continuidad terapéutica.

No obstante, el modelo también presenta desafíos. Su implementación requiere la disponibilidad y capacidad de los cuidadores, lo que puede limitar la elegibilidad de algunos casos. La exclusión de determinados perfiles clínicos acota su alcance y puede afectar a la homogeneidad y a la generalización de los resultados.

En conjunto, HDOM PIJ no solo podría mejorar los resultados clínicos y familiares inmediatos, sino que también podría aportar valor en términos de eficiencia del sistema de salud, prevención de recaídas y sostenibilidad a largo plazo. Aun así, para determinar en qué condiciones pueden mantenerse estas mejoras, se requieren estudios controlados, análisis de coste-efectividad y seguimientos amplios. Su implementación va en la línea de que los recursos comunitarios intensivos pueden ser una alternativa potente y estratégica a la hospitalización convencional, con un impacto positivo sobre el bienestar de los menores, sus familias y el sistema sanitario en su conjunto (10, 14, 15).

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta varias limitaciones. El seguimiento clínico se limitó a los seis meses posteriores al alta, lo que puede no ser suficiente para valorar la evolución a largo plazo o el riesgo de recaídas. No se utilizaron instrumentos estandarizados para evaluar el estado clínico o funcional en los pacientes, y la muestra no es representativa de todos los perfiles clínicos, ya que se excluyeron casos con mayor gravedad (heteroagresividad o riesgo suicida activo) o baja disponibilidad familiar. Además, el diseño observacional y la ausencia de grupo

control limitan la capacidad de atribuir causalidad a los efectos observados.

Futuras líneas de investigación

Se recomienda el desarrollo de estudios controlados, de tipo longitudinal y con períodos de seguimiento extendidos, que incluyan análisis coste-efectividad y permitan evaluar la sostenibilidad del modelo a largo plazo. Sería útil incorporar medidas estandarizadas de calidad de vida y evolución psicopatológica, funcionamiento psicosocial y satisfacción del paciente. También sería relevante estudiar la aplicabilidad del modelo en otros contextos sanitarios, con diferentes estructuras organizativas o menos disponibilidad de recursos.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Las autoras han colaborado en igual medida en la redacción y revisión del caso presentado.

FINANCIACIÓN

El estudio ha sido realizado sin financiación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existe conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Boege I, Corpus N, Weichard M, Schepker R, Young P, Fegert JM. Long-term outcome of intensive home treatment for children and adolescents with mental health problems – 4 years after a randomized controlled clinical trial. *Child Adolesc Ment Health*. 2021;26(4):310-9. <https://doi.org/10.1111/camh.12500>
2. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. Systematic review on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(12): 2877-94. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

3. Boege I, Corpus N, Schepker R, Kilian R, Fegert JM. Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *Eur Psychiatry*. 2015;30(5): 583-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.009>
4. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;141(5): 479-80. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
5. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health*. 2022;27(2): 173-89. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
6. Marin D, Di Gennaro G, Baracetti M, Zanetti R, Balestrieri M, Cogo P, et al. Confirmation of increased and more severe adolescent mental health-related in-patient admissions in the COVID-19 pandemic aftermath: A 2-year follow-up study. *Psychiatry Res Commun*. 2023;3(2): 100119. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2023.100119>
7. Foremnik K, Sroczynski G, Stratil J, Neumann A, Buchberger B. Efficacy of home-based and inpatient treatment for children and adolescents in psychiatric crisis: A systematic review protocol. *PLoS One*. 2025;20(3): e0318792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318792>
8. Organización Mundial de la Salud. Quality rights. Instrumentos de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. 2012
9. Noguero Alegre A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioet Derecho*. 2021;(53): 37-55. <https://doi.org/10.1344/rbd2021.53.34726>
10. Johnson S, Dalton-Locke C, Baker J, Hanlon C, Salisbury TT, Fossey M, et al. Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*. 2022;21(2): 220-36. <https://doi.org/10.1002/wps.20962>
11. Ougrin D, Corrigan R, Poole J, Zundel T, Sarhane M, Slater V, et al. Comparison of effectiveness and cost-effectiveness of an intensive community supported discharge service versus treatment as usual for adolescents with psychiatric emergencies: a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(6): 477-85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30129-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30129-9)
12. Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome - a literature review: Crisis resolution and home treatment. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010;17(10): 881-92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01621.x>
13. Beecham J. Annual Research Review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014;55(6): 714-32. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12216>
14. Lamb CE. Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works? *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(4): 345-50. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e32832c9082>
15. Graf D. Treatment outcome of an intensive psychiatric home treatment for children and adolescents: a non-randomized controlled pilot evaluation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(4): 685-95. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01919-y>
16. Mötteli S, Jäger M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: Who benefits most? *Community Ment Health J*. 2021;57(5): 828-35. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00618-3>
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed., Text Revision). 2013. Washington, DC. APA.
18. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1): 412. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>
19. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(6): 323-32.

- 15
20. Kwok KHR, Yuan SNV, Ougrin D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21(1): 3-10. <https://doi.org/10.1111/camh.12123>
 21. Colom Masfret M. Trabajo social sanitario: fundamentos y práctica profesional. Barcelona: Editorial Síntesis; 2020.
 22. Khalfan N, Coventry C, Cawthorpe D. A new acute-at-Home child and adolescent clinical service: Evaluation of impact. *Psychiatry Investig*. 2022;19(1): 29-36. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0158>

Laura Claris Mateo¹ * 
Eduardo Serrano Troncoso¹ 

1. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Laura Claris Mateo
Correo: laura.claris@sjd.es

Terapia Basada en la Familia (FBT) en varón con anorexia nerviosa prepuberal: a propósito de un caso

Family-Based Therapy (FBT) in a Prepubertal Male with Anorexia Nervosa: A Case Report

RESUMEN

Introducción: La edad de aparición de la Anorexia Nerviosa (AN) es cada vez más temprana, reportándose un mayor número de casos de AN en población prepuberal. Aunque las evidencias acerca de las recomendaciones terapéuticas para su evaluación y tratamiento son limitadas, parece fundamental la implicación de los cuidadores en el proceso de recuperación. **Descripción del caso:** En este estudio de caso único se presenta el caso de un preadolescente varón con AN caracterizado por un gran miedo al aumento ponderal y la compensación a través del ejercicio físico y la restricción alimentaria. A lo largo de la intervención de la Terapia Basada en la Familia (FBT) tiene lugar una mejora significativa del cuadro clínico del paciente, alcanzando la recuperación ponderal, la normalización de los hábitos alimentarios y la remisión de las conductas disfuncionales y problemática comórbida asociada. Al año de seguimiento, los resultados se mantienen estables. **Conclusiones:** Se evidencian las ventajas de aplicar un programa terapéutico basado en la familia, enfatizando el papel de la motivación para la recuperación del trastorno y el cumplimiento de las pautas alimentarias para asegurar la recuperación ponderal; y progresivamente descentralizar la alimentación y acompañar al menor en el proceso de creación de identidad propia de esta etapa evolutiva.

Palabras clave: anorexia nerviosa prepuberal, terapia basada en la familia, trastorno de la conducta alimentaria.

ABSTRACT

Background: The onset of Anorexia Nervosa (AN) is occurring at increasingly earlier ages, with a greater number of cases of AN being reported in the prepubertal population. Although evidence regarding therapeutic recommendations for its evaluation and treatment is limited, the involvement of caregivers in the recovery process appears to be essential. **Case description:** In this case study, we present the case of a male preadolescent with AN characterised by an intense fear of weight gain and compensatory behaviours involving physical exercise and food restriction. During the Family-Based Therapy (FBT), the patient experienced a significant improvement in their clinical manifestations, including weight recovery, normalised eating habits and the remission of dysfunctional behaviours and associated comorbidities. The results remained stable at the one-year follow-up. **Conclusions:** This case report demonstrates the advantages of implementing a family-based therapeutic programme, emphasising the role of motivation in disorder recovery, adherence to dietary guidelines to ensure weight recovery and the progressive decentralisation of food, while supporting the child in the process of creating their own identity in this developmental stage.

Keywords: prepubertal anorexia nervosa, family-based therapy, eating disorder.

INTRODUCCIÓN

La Anorexia Nerviosa (AN) es una problemática psicopatológica compleja asociada a altos niveles de disfuncionalidad física, psicológica y social. Su cuadro clínico se caracteriza por un estado ponderal significativamente por debajo de su peso mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y la presencia de alteraciones en la percepción de la imagen corporal. Algunos autores mencionan cómo la pandemia COVID-19 ha impactado en el desarrollo de esta sintomatología, aumentando su prevalencia y gravedad, produciéndose también un incremento en el número de ingresos hospitalarios por cuadros clínicos compatibles con los TCA (1,2).

Pese a que la edad de inicio de la AN se sitúa entre los 15 y los 19 años, varios estudios reportan un aumento de la prevalencia de la AN Prepuberal, haciendo relevante la conceptualización de su diagnóstico y su tratamiento. Por ejemplo, se estima que durante la década de los años noventa, la AN prepuberal afectaba únicamente al 5% de la población clínica, mientras que, en un estudio longitudinal realizado en 2017, los autores sitúan este porcentaje en el 13,8% (3). Aunque los mismos criterios diagnósticos se aplican sin distinción en todas las franjas de edad, la realidad es que su presentación clínica, la epidemiología y la comorbilidad médica y psiquiátrica puede variar entre pacientes según su edad cronológica. En líneas generales, se ha reportado que los pacientes prepúberes muestran conductas alimentarias más restrictivas, con un número menor de episodios de atracones y conductas purgativas, y una mayor pérdida ponderal asociada, que también puede reflejarse a través de un estancamiento ponderal (3). Debido a que esta problemática aparece en una etapa crucial del ciclo vital, ésta puede conllevar efectos crónicos o irreversibles en los procesos del desarrollo.

Pese a que los TCA son un tipo de problemáticas fuertemente asociadas al sexo femenino, algunos estudios han reportado un mayor porcentaje de varones prepúberes con AN en comparación con la población adolescente con esta patología (4). Actualmente, no existe un gran número de estudios que reflejen las características clínicas, particularidades de la intervención y el pronóstico de

la AN en población masculina, aunque se considera que las diferencias en su manifestación clínica hacen necesario el desarrollo de herramientas específicas para su abordaje (4).

Intervención en la AN Prepuberal: La Terapia Basada en la Familia

La aparición de la AN en edad temprana se ha asociado con un peor pronóstico, aunque el temprano diagnóstico e intervención, la adaptación social previa al inicio del trastorno y la participación activa de los familiares durante el proceso terapéutico se consideran variables que pueden contribuir a su mejora. La Terapia Basada en la Familia (FBT) ha sido señalada como la intervención con más evidencia empírica en el tratamiento de la AN pediátrica (5,6). Este enfoque terapéutico se basa en las consideraciones neurobiológicas de la AN, que remarcan que las afectaciones del estado de inanición y malnutrición afectan a la motivación para la recuperación, de manera que se otorga a los cuidadores el control de la ingesta nutricional y la recuperación ponderal del menor (7). Entre sus principios generales se incluyen el agnosticismo, que persigue la desfocalización en la etiología del trastorno; el empoderamiento de los padres, convirtiéndolos en los principales agentes de cambio; la externalización del problema para lograr la desculpabilización; y la figura del terapeuta como consultor. En relación a estos principios, el tratamiento se desarrolla en tres fases de intervención: en la primera, los cuidadores asumen el control de la alimentación para promover la recuperación ponderal y la normalización de la ingesta; en la segunda, se transfiere progresivamente la responsabilidad sobre la alimentación al paciente, favoreciendo su autonomía; y en la tercera, se abordan aspectos del desarrollo del menor, la dinámica familiar y estrategias de prevención de recaídas, consolidando los logros obtenidos. La literatura existente que ha evaluado la eficacia de la FBT en población infantojuvenil con AN muestra resultados favorables a corto y largo plazo (6,8,9). En un estudio realizado por Lock et al. (8), la remisión de la sintomatología al final de la intervención se alcanzó en un 89% de la muestra, y se mantuvo en un 78% un año después de la intervención.

Por otro lado, las guías de práctica clínica también mencionan la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) entre los enfoques terapéuticos de primera línea para la AN pediátrica. Esta se ha mostrado eficaz para el abordaje de las cogniciones anorexígenas y el estilo cognitivo, además de la remisión de la sintomatología comúnmente comórbida (10,11). El modelo explicativo de este enfoque se centra tanto en el núcleo psicopatológico de los TCA – la sobrevaloración de la imagen corporal y las conductas dirigidas al control del estado ponderal y la conducta alimentaria – como en los mecanismos mantenedores (baja autoestima, perfeccionismo clínico, relaciones interpersonales e intolerancia a los cambios del estado de ánimo) (12). La intervención se basa en tres módulos, el primero centrado en el abordaje de la motivación para el cambio, la psicoeducación a partir de la formulación diagnóstica y la recuperación ponderal; el segundo centrado en el núcleo psicopatológico y los factores mantenedores de la sintomatología; y el tercero dirigido a la consolidación de los cambios y la minimización del riesgo de recaída (11).

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de M., un varón de 12 años que acudió por primera vez a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) en febrero de 2022, debido a la presencia de una alimentación selectiva y restrictiva, así como una pérdida ponderal significativa asociada. Era el mediano de tres hermanos, con los que convivía en el domicilio familiar junto con sus progenitores. No destacaron antecedentes psicopatológicos o médicos de interés, personales o familiares. En el momento de consulta cursaba el primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria, con buen rendimiento y buena adaptación social-escolar.

El inicio de la sintomatología se remontaba a verano de 2021, cuando progresivamente aparecieron conductas de restricción y selección alimentaria, y aumentó el ejercicio físico como medida compensatoria; lo que conllevó a una pérdida ponderal de 10 kg, suponiendo la pérdida de un 22% de su masa corporal. También aparecieron rumiaciones que abordaban aspectos referentes a la obsesión por la delgadez y el

miedo a la ingesta de alimentos, alteraciones en la imagen corporal, destacando insatisfacción centrada en la zona abdominal que afectaba negativamente a la autoestima, y conductas de comparación y comprobación focalizadas en esta zona.

De forma adicional a la sintomatología alimentaria, existía una elevada irritabilidad y malestar emocional. Se observó un temperamento ansioso y una tendencia a presentar fluctuaciones anímicas en forma de hipotimia que contribuían al empeoramiento del cuadro alimentario. Presentaba cierta motivación para el cambio y conciencia parcial del problema, experimentando una falsa vivencia de control y considerando que podía alcanzar la recuperación a pesar de la pérdida ponderal.

Evaluación

Entrevista clínica. La evaluación se realizó durante la primera visita a partir de una entrevista semi-estructurada con el paciente y familiares. Las áreas evaluadas abarcaron: motivo de consulta, antecedentes psiquiátricos y médicos personales y familiares, y enfermedad actual. A lo largo de la evaluación se exploraron aspectos como el estilo cognitivo, esquemas y creencias nucleares, habilidades de regulación emocional, funcionamiento interpersonal y motivación para el cambio. No se identificaron acontecimientos vitales estresantes ni eventos significativos a lo largo del desarrollo del paciente que pudieran relacionarse con el inicio o mantenimiento de la sintomatología. Durante el proceso de evaluación, se objetivó un vínculo relacional óptimo entre el paciente y sus figuras parentales. Los cuidadores mostraron la capacidad de establecer límites claros y consistentes, manteniendo simultáneamente una adecuada disponibilidad emocional, así como habilidades de contención y acompañamiento.

Valoración antropométrica y nutricional. Se realizó una valoración antropométrica para obtener los valores pondo-estaturales, el IMC y su percentil correspondiente. En esta valoración se obtuvo un peso de 33 kg con una talla de 1,45 m. Si bien el DSM-5-TR no establece un punto de corte numérico fijo para definir el criterio de “peso significativamente bajo”, en población pediátrica se recomienda una

19 valoración contextualizada que tenga en cuenta el IMC ajustado por edad y sexo, así como la desviación respecto a la trayectoria de crecimiento previa, tal y como señalan las guías clínicas y la literatura especializada. En el caso presentado, el paciente se situaba en un rango limítrofe, entre los percentiles 5 y 10 de IMC; no obstante, había experimentado una pérdida ponderal clínicamente significativa del 21 % respecto a su IMC previo de 20,26, lo que supuso una interrupción y descenso marcado respecto a su trayectoria ponderal esperada, previamente estable y acorde a su desarrollo. Teniendo en cuenta esta pérdida de peso clínicamente relevante (inferior al peso mínimo normal), el impacto clínico asociado y el hecho de que el peso alcanzado era inferior al esperado para este paciente en concreto, junto con el cumplimiento de todos los criterios psicológicos y conductuales del trastorno, el cuadro fue considerado compatible con un diagnóstico de Anorexia Nerviosa según los criterios del DSM-5-TR, descartándose la forma atípica pese a la localización del IMC en percentiles limítrofes, y justificando la intensidad de la intervención terapéutica realizada.

El valor ponderal perteneciente a la franja de salud fue calculado por el equipo de nutrición, así como la dieta mínima, entendida como la cantidad de kilocalorías diarias necesarias (2.000 kcal). El alcance de la dieta para su edad se produjo de forma progresiva para prevenir el síndrome de realimentación, un conjunto de alteraciones metabólicas y electrolíticas producidas por una reintroducción de la alimentación demasiado rápida. Enfermería también realizó una valoración del estado de salud física.

Formulación del caso

Hipótesis de origen. Se hipotetizó que, en este caso, el paciente había desarrollado asociaciones entre la delgadez y la sensación de bienestar personal, reforzadas por comentarios percibidos del entorno y de las redes sociales, donde predominaban ideales estéticos de delgadez. Esto llevó a que cualquier conducta que promoviera la pérdida de peso, como la restricción alimentaria, fuera reforzada positivamente como un medio para alcanzar dicho bienestar. Consecuentemente, surgió una aversión intensa hacia

la ingesta de alimentos calóricos, ya que estos generaban ansiedad y malestar emocional. Esta dinámica llevó al paciente a evitar ciertos alimentos, considerándolos “prohibidos”, y a desarrollar un miedo intenso a la ingesta y al aumento ponderal. Además, aspectos psicológicos personales potenciaron estas asociaciones, como un temperamento ansioso y un estilo cognitivo rígido. Otro factor de riesgo se sitúa en la pandemia de COVID-19, donde M. experimentó mayor aislamiento social y restricción de actividades de ocio y deportivas, lo que incrementó la preocupación por el control de su alimentación y peso como una forma de manejar la ansiedad. La combinación de estas características individuales, contextuales y sociales favoreció que se establecieran patrones de restricción y preocupación obsesiva por el peso.

Hipótesis de mantenimiento. A partir de estas asociaciones, el momento de la ingesta se convirtió en un estímulo que elicitaba en M. conductas de restricción, reforzadas positivamente por la sensación de control que le proporcionaban y por la anticipación de la pérdida de peso, y negativamente por la disminución de la ansiedad asociada al miedo a engordar que presentaba. Después de la ingesta, también aparecían conductas compensatorias, como el incremento del ejercicio en casa (p. ej. Series de abdominales) y omisión de alimentos calóricos, reforzadas por los mismos mecanismos que la restricción. Estas conductas fueron además reforzadas socialmente, a partir de comentarios en su entorno cercano y en las redes sociales, en línea con el modelo estético que el paciente había interiorizado.

Como consecuencia, la restricción alimentaria y las conductas compensatorias llevaron a un estado nutricional y físico de infrapeso, que a su vez impactó directamente en las cogniciones y emociones de M., aumentando las alteraciones en la imagen corporal y potenciando las conductas obsesivas centradas en la comida y el peso.

Intervención

La intervención fue realizada desde una perspectiva multidisciplinar e integradora, a partir de un equipo conformado por psicólogos clínicos, enfermeras, psiquiatras y nutricionistas; e incluyendo

la estructura y premisas de la FBT y la TCC. La justificación para la aplicación de esta modalidad de intervención incluye: (1) La manifestación de AN restrictiva como problemática psicopatológica principal (2) la importancia de involucrar a los cuidadores en el proceso terapéutico (3) su conceptualización como intervención de primera línea para la AN pediátrica (4) priorizar el desarrollo funcional del menor y generar el menor impacto posible en otras áreas como la académica o la social (5). La intervención se extendió a lo largo de 19 sesiones de intervención, de 45 minutos de duración, además de tres sesiones de un grupo de familias de carácter psicoeducativo, todo ello en modalidad de tratamiento ambulatorio. En la [Tabla 1](#) se sintetiza la estructura de la intervención, basada en el trabajo de Lock y Le Grange (7) y Dalle Grave y Calugi (12).

El objetivo principal de la intervención fue la remisión de la sintomatología alimentaria característica de la AN restrictiva, incluyendo la

normalización de los hábitos alimentarios y el peso, la disminución de las distorsiones cognitivas y la remisión de la sintomatología comórbida. Entre los objetivos específicos, destacan: (1) Potenciar y mantener la adherencia al tratamiento; (2) Aumentar la comprensión del trastorno; (3) Incorporar un patrón alimentario saludable de 5 ingestas diarias; (4) Progresar paulatinamente a una dieta de 2.000 kcal diarias; (5) Lograr una recuperación ponderal progresiva hasta un percentil del IMC entre el 25 (36,5 kg) y el percentil 50 (39,8 kg); (6) Reducir el número de conductas compensatorias dirigidas a la pérdida ponderal (ejercicio físico excesivo, selección y restricción alimentaria); (7) Disminuir la frecuencia e intensidad de las distorsiones cognitivas relacionadas con el TCA (p. ej. catastrofismo, abstracción selectiva...); (8) Disminuir las conductas de comprobación/comparación; (9) Disminuir el miedo a la ingesta de alimentos e incorporar alimentos restringidos; (10) Mejorar el autoconcepto y

Tabla 1. Estructura de la intervención basada en el trabajo de Lock y Grange (7), Grave y Calugi (12)

Sesión	Técnicas de intervención y aspectos trabajados	Objetivos terapéuticos
FASE 1. Recuperación ponderal y restablecimiento de la ingesta		
1	Presentación de la unidad; evaluación inicial; establecimiento de la alianza terapéutica	1
2	Psicoeducación acerca del trastorno, evaluación del patrón alimentario (técnicas de exposición)	2, 3, 4, 5, 9
3	Seguimiento de la sintomatología; psicoeducación FBT, proporción de pautas alimentarias	2, 3, 4, 5, 9
4	Psicoeducación sobre el trastorno; seguimiento de los patrones alimentarios	2, 3, 4, 5, 9
5	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios; pautas de activación conductual	3, 4, 5, 12
6	Proporción de estrategias de afrontamiento	6, 7, 8, 9, 11
7	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	1, 3
FASE 2. Retorno gradual del control al paciente		
8	Abordaje de las alteraciones en la IC (psicoeducación sobre la distorsión de la IC, reestructuración cognitiva, cuestionamiento de la sobrevaloración de la IC en la autoestima; cuestionamiento de los ideales de belleza)	2, 10
9	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	3, 4, 5
10	Seguimiento de la sintomatología; seguimiento de los patrones alimentarios	3, 4, 5
11	Reestructuración cognitiva de las cogniciones anorexígenas; pautas de apoyo emocional a la familia	7, 9, 13
12	Abordaje de las alteraciones en la IC	10
13	Abordaje de las alteraciones en la IC	10
14	Reestructuración cognitiva de las cogniciones anorexígenas; proporción de pautas para la normalización de la ingesta	7, 9
15	Evaluación de la clínica depresiva; plan de prevención de la conducta autolítica	12
16	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de las alteraciones en la IC (insatisfacción con la IC)	3, 10
FASE 3. Desarrollo de una independencia saludable		
17	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3
18	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3
19	Seguimiento de la sintomatología; abordaje de aspectos relacionados con la preadolescencia	1, 3

FBT: Family Based Treatment; IC: Imagen Corporal

desvincular la sobrevaloración de la imagen corporal en éste; (11) Adoptar estrategias más adaptativas de manejo de la ansiedad frente a las ingestas; (12) Mejorar el estado de ánimo.

Fase 1. Recuperación ponderal y restablecimiento de la ingesta normalizada

El objetivo principal durante esta primera fase residió en la recuperación ponderal y el restablecimiento de la ingesta a partir de la adopción de un papel activo de los cuidadores. Para esto, se abordaron los siguientes aspectos principales, de acuerdo con las indicaciones de Lock y Le Grange (5): (1) la importancia de la participación de la familia (2) la minimización del sentimiento de culpa de los progenitores (3) la externalización del trastorno y (4) la justificación de la necesidad de planificar y supervisar las ingestas. Se emplearon, además, las siguientes técnicas cognitivo-conductuales para complementar el acompañamiento psicológico.

Psicoeducación. La psicoeducación es un elemento transversal durante la intervención cuyo objetivo es proporcionar a pacientes y cuidadores información acerca de la naturaleza del trastorno por el que acuden a consulta, promoviendo su autonomía y empoderamiento. Se facilitó la Guía para familias de personas afectadas por un TCA (13) y una plataforma web psicoeducativa (14).

Técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad. Se introdujeron este tipo de técnicas para facilitar el cumplimiento de las pautas alimentarias a partir de la disminución de la hiperactivación fisiológica. En concreto, se realizó un entrenamiento en relajación muscular progresiva y técnicas de control de la respiración. Para esto, se aplicó el procedimiento adaptado para población infantojuvenil que describen los autores Moreno y Pareja (15).

Técnicas de exposición. Se utilizaron con el objetivo de fomentar el establecimiento de un patrón alimentario adecuado y la introducción de alimentos temidos, considerados estímulos fóbicos.

Técnicas de control de estímulos. Este tipo de técnicas buscan realizar una intervención a nivel ambiental que consista en la alteración de aquellos estímulos que eliciten la conducta problema. En el caso que nos

ocupa, una de las pautas proporcionadas consistió en tapar los espejos de su domicilio.

Durante el proceso terapéutico, el paciente desarrolló un cuadro depresivo que cumplió los criterios diagnósticos para un Trastorno Depresivo Mayor según el DSM-5-TR. Durante un período superior a dos semanas, tanto el paciente como la familia reportaron la presencia de seis síntomas del Criterio A del DSM-5-TR (mínimo cinco para el diagnóstico), incluyendo estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, fatiga o pérdida de energía, dificultades en la concentración, sentimientos de minusvalía e ideas recurrentes de muerte. Este cuadro interfirió significativamente con el funcionamiento diario del menor, no se explicó por ninguna otra alteración médica o psicológica y nunca antes había existido un episodio maniaco o hipomaniaco (criterios B-E).

En fases previas al inicio del tratamiento se observaron síntomas afectivos inespecíficos, como apatía, retraimiento o bajo estado de ánimo, que fueron valorados clínicamente como manifestaciones secundarias al estado de desnutrición, dada su baja especificidad y su congruencia con el cuadro nutricional, sin cumplir criterios diagnósticos de un trastorno depresivo.

La aparición de la sintomatología depresiva se produjo en el contexto de las fases iniciales del tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa, coincidiendo con el cumplimiento de las pautas alimentarias y la percepción de aumento ponderal. Este proceso conllevó una pérdida de estrategias previas de regulación emocional basadas en la restricción alimentaria, así como una mayor conciencia emocional asociada a la mejoría nutricional inicial, favoreciendo la emergencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa. Antes de este episodio, el paciente no había presentado cuadros con características similares. Para su abordaje, se aplicaron estrategias de Activación Conductual, favoreciendo la mejora del estado de ánimo mediante la jerarquización de tareas, la programación de objetivos vitales y la realización de actividades gratificantes. De forma paralela, el trabajo sobre las alteraciones de la imagen corporal y el desarrollo de un autoconcepto y una autoestima

positivos contribuyó a la mejoría progresiva de la sintomatología depresiva.

Fase 2. Retorno gradual del control al paciente

Tras la mejora de la sintomatología alimentaria y el estado ponderal, el objetivo se desplazó a tratar de disminuir progresivamente los niveles de supervisión parental y favorecer la toma de decisiones autónoma en cuanto a las pautas alimentarias. Para esto, comenzaron a negociarse con el paciente aspectos relacionadas con las ingestas y se otorgó permiso para retomar el deporte escolar y extraescolar, un elemento reforzador que potenció la motivación para el cambio y la normalización de los hábitos alimentarios. Durante esta etapa de la intervención se realizó un abordaje a nivel cognitivo, que en pacientes jóvenes debe ajustarse al desarrollo y la capacidad metacognitiva del menor. En el caso de nuestro paciente estas técnicas se emplearon para el abordaje de las alteraciones en la imagen corporal, trabajando distintas cogniciones a partir del cuestionamiento socrático, la generación de contraargumentos, la identificación de errores de atribución, la prueba de realidad y la formulación de un pensamiento alternativo más adaptativo.

Fase 3. Establecimiento de una independencia saludable

Durante las últimas sesiones de intervención se abordaron aspectos relacionados con la preadolescencia, dotando al paciente de estrategias para resolver y afrontar situaciones como (1) la motivación escolar, (2) las relaciones interpersonales con los iguales, (3) los límites en el domicilio, (4) situaciones afectadas anteriormente por la clínica alimentaria. De forma complementaria, se trabajó la prevención de recaídas, centrada en el establecimiento de expectativas realistas en cuanto a la sintomatología, el reforzamiento de los logros alcanzados y las estrategias empleadas para su consecución, y en el análisis de las diferentes situaciones que pueden aumentar el riesgo a volver a llevar a cabo conductas disfuncionales.

RESULTADOS

La evaluación de la mejoría clínica se realizó a partir de la recuperación ponderal y a través de la evaluación clínica de los progresos. Se alcanzó el peso mínimo saludable (percentil 25) aproximadamente a las 10 semanas del comienzo de la intervención y el peso objetivo (percentil 50), teniendo en cuenta las características premórbidas, a las 14 semanas de intervención. En la [Figura 1](#), se refleja la evolución del peso hasta el alcance del percentil 50. Por otro lado, también se estableció un patrón de 5 ingestas diarias completas y se realizó una introducción progresiva de alimentos que habían sido restringidos.

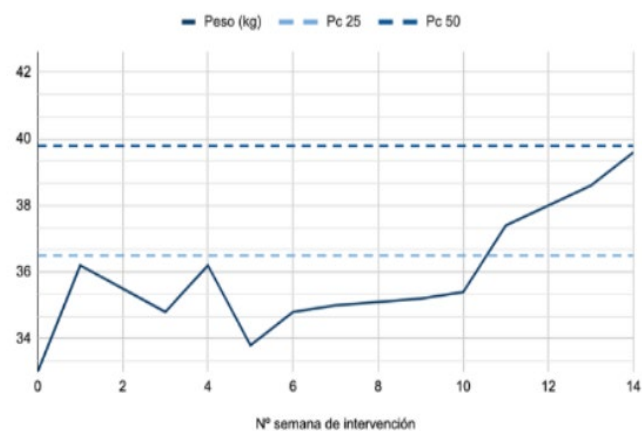


Figura 1. Evolución del estado ponderal

Nota: Alcanzado el percentil 50, el estado ponderal se mantiene durante la intervención y al año de seguimiento.

También se alcanzó la remisión de las conductas compensatorias en forma de ejercicio excesivo y las conductas de comprobación. Adicionalmente, la reestructuración cognitiva favoreció una mayor aceptación de la imagen corporal, complementándose con la reestructuración de los ideales de belleza. Progresivamente, se produjo una mejora global de la ansiedad ante las ingestas, además de un mayor uso de estrategias de regulación emocional más adaptativas, como la escritura o la distracción. Al final de la intervención, se produjo una remisión total del Trastorno Depresivo Mayor, reportando

23

ausencia de sintomatología por un período mayor de dos meses. Paciente y familia informaron de mejora en el estado de ánimo, mayor motivación para realizar actividades gratificantes y cotidianas, mayor expresividad emocional, humor más reactivo y eliminación del sentimiento de minusvalía y las ideas de muerte; todo ello indicando una evolución favorable del funcionamiento general.

Los resultados se mantuvieron al año de seguimiento, existiendo buen funcionamiento en distintas áreas vitales, con buena adaptación social-escolar, buena relación fraterna y con progenitores, adecuada autopercepción, estabilidad emocional y ausencia de conductas alimentarias de riesgo.

DISCUSIÓN

La AN es una problemática psicopatológica compleja que implica grandes afectaciones funcionales y adaptativas. En ésta, se desarrolla una relación disfuncional con algo tan esencial como la alimentación, gestándose un miedo excesivo al aumento ponderal que trata de evitarse con medidas compensatorias potencialmente graves. La prevalencia de la AN está en aumento, pero es especialmente preocupante su incidencia en población pediátrica. La infancia y la adolescencia son dos etapas cruciales para el desarrollo físico y adaptativo, donde toman relevancia aspectos como la identidad o las relaciones interpersonales. El comienzo de la AN en esta franja de edad puede poner en compromiso todos estos aspectos, impidiendo el desarrollo madurativo adecuado del menor.

El estudio de un caso clínico como método de investigación permite la identificación de principios significativos en los que basar la práctica clínica. En concreto, este estudio proporciona evidencia de la eficacia del uso de un enfoque terapéutico integrador basado en la FBT e incluyendo técnicas de la TCC en el contexto de una intervención ambulatoria para el abordaje de la AN prepuberal en un paciente varón. A partir de esta intervención, se logró la recuperación ponderal significativa alcanzando el percentil 50 en un plazo de 14 semanas, logrando además la normalización de los hábitos alimentarios, la remisión de las conductas disfuncionales relacionadas con la alimentación y el

peso, y una mayor aceptación de la imagen corporal. La eficacia de ambas intervenciones ha sido referida en varios estudios. Por ejemplo, Accurso et al. (5) indicaron la recuperación ponderal significativa después de la aplicación de una intervención basada en la FBT, y en un estudio posterior de Le Grange et al. (16), los autores también señalaron la remisión de la sintomatología después de la intervención. Por otro lado, la eficacia de la TCC para la AN también ha sido mencionada en numerosos estudios, incluyendo un reciente metaanálisis que reporta un tamaño del efecto de mediano a grande para la recuperación ponderal, la remisión del núcleo psicopatológico de los TCA según este modelo, y la sintomatología comórbida, manteniendo los resultados al año de seguimiento (17).

Sería relevante mencionar que, la buena respuesta observada en este paciente podría explicarse, en parte, por factores individuales y familiares. La relación entre el paciente y sus figuras parentales fue compatible con un vínculo parental funcional y seguro, caracterizado por disponibilidad emocional, acompañamiento consistente y establecimiento de límites claros. La literatura reciente sobre FBT-AN sugiere que la seguridad del apego parental y la capacidad de mentalización actúan como factores facilitadores de la intervención familiar y predicen una mejor respuesta terapéutica (18). Además, no se identificaron eventos vitales estresantes relevantes en el desarrollo del menor, lo que podría haber contribuido a una respuesta más favorable al tratamiento. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar las características familiares y de apego al implementar intervenciones basadas en la familia para la anorexia nerviosa pediátrica. En el caso de M., uno de los aspectos fundamentales identificados en la mejora del cuadro clínico fue la importancia de otorgar a los cuidadores principales el rol de agentes del cambio. Estudios como el de Byrne et al. (19) o Sadeh-Sharvit et al. (20) identifican el incremento de la autoeficacia de los cuidadores como un factor mediador de la recuperación ponderal en la AN pediátrica, evidenciando la importancia de abordar su empoderamiento en etapas tempranas de la intervención. Cabe señalar que estos resultados podrían ser menos consistentes en pacientes con experiencias traumáticas vinculares tempranas,

quienes podrían requerir adaptaciones específicas de la intervención familiar.

Asimismo, la evolución favorable observada es congruente con la evidencia previa que indica que la FBT presenta mayores tasas de respuesta y remisión en pacientes con anorexia nerviosa de inicio relativamente reciente, especialmente cuando la duración del trastorno es inferior a tres años. Diversos ensayos clínicos y estudios longitudinales han mostrado que una menor duración del trastorno se asocia con mayor reversibilidad de los patrones restrictivos y con una mayor eficacia de las intervenciones familiares intensivas (7, 21, 22). Este factor temporal podría haber facilitado la implicación familiar y contribuido al buen pronóstico observado en este caso.

CONCLUSIONES

En este estudio de caso único se ha presentado la problemática de un preadolescente varón con un gran miedo al aumento ponderal y la evitación de este a través del ejercicio físico y la restricción. Se evidencia la eficacia del uso de un programa terapéutico basado en la Terapia Basada en la Familia (FBT) en combinación con técnicas de la TCC, el cual enfatice el papel de la familia en el proceso terapéutico, el abordaje del núcleo psicopatológico de los TCA y factores mantenedores claves en su desarrollo (sobreevaluación de la imagen corporal, estilo cognitivo, baja autoestima, regulación emocional...) y progresivamente logre la descentralización de la alimentación y el acompañamiento del menor en el proceso de creación de identidad. Distintos factores individuales y familiares como el vínculo parental seguro y la ausencia de acontecimientos vitales estresantes pueden contribuir a un pronóstico favorable, subrayando la importancia de considerar estas variables al implementar la FBT y la TCC en población pediátrica con AN.

AGRADECIMIENTOS

A todos los autores y colaboradores.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

Laura Claris Mateo: Conceptualización, Investigación, Curación de datos, Redacción – borrador original, Visualización. **Eduardo Serrano Troncoso:** Conceptualización, Investigación, Supervisión, Redacción – revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Los autores declaran que no presentan ningún tipo de conflicto de intereses. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte de la familia del paciente para la publicación del presente caso clínico.

REFERENCIAS

1. Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020;12(6): 19-21. <https://doi.org/10.1159/000512852>
2. Devoe DJ, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023;56: 5–25. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>
3. Thibault I, Pauzé R, Bravo G, Lavoie É, Pesant C, Di Meglio G, et al. What Are the Individual, Family, and Social Characteristics Differentiating Prepubertal from Pubertal Anorexia Nervosa? *Can J Psychiatry*. 2017;62: 837-44. <https://doi.org/10.1177/0706743717727239>
4. Nagata JM, Ganson KT, Murray SB. Eating disorders in adolescent boys and young men: an update. *Current Opinion in Pediatrics*. 2020;32: 476-81. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000911>
5. Accurso EC, Fitzsimmons-Craft EE, Ciao AC, Le Grange D. From efficacy to effectiveness: Comparing outcomes for youth with anorexia

- nervosa treated in research trials versus clinical care. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;65: 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.009>
6. Muratore AF, Attia E. Current Therapeutic Approaches to Anorexia Nervosa: State of the Art. *Clinical Therapeutics*. 2021;43: 85-94. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2020.11.006>
 7. Lock J, Grange DL. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa, Second Edition: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Publications; 2015.
 8. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67: 1025. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
 9. Hughes EK, Le Grange D, Court A, Yeo M, Campbell S, Whitelaw M, et al. Implementation of Family-Based Treatment for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Journal of Pediatric Health Care*. 2014;28: 322-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.07.012>
 10. Herpertz-Dahlmann B. Intensive Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa. *Nutrients* 2021;13: 1265. <https://doi.org/10.3390/nu13041265>
 11. Ayrolles A, Clarke J, Godart N, André-Carletti C, Barbe C, Bargiacchi A, et al. Early-onset anorexia nervosa: a scoping review and management guidelines. *J Eat Disord*. 2024;12: 182. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01130-9>
 12. Grave RD, Calugi S. *Cognitive Behavior Therapy for Adolescents with Eating Disorders*. New York: Guilford Publications; 2020.
 13. ACAB. Guía para familias de personas afectadas por un TCA [Internet]. Barcelona: ACAB; 2019 [citado 7 nov 2025]. Disponible en: <https://www.acab.org/wp-content/uploads/2020/11/GUIA-FAMILIES.-CAST.pdf>
 14. SOM Salud Mental 360. TCA en SOM360 [Internet]. [s. l.]: SOM Salud Mental 360; sin fecha [citado 7 nov 2025]. Disponible en: <https://tca.som360.org/es/homepage>
 15. Comeche Moreno MI, Vallejo Pareja MA. *Manual de terapia de conducta en la infancia*. (3 ed.). Madrid: Dykinson D.L.; 2016.
 16. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55: 683-92. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.007>
 17. Duggan HC, Hardy G, Waller G. Cognitive-behavioural therapy (CBT) for outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of clinical effectiveness. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2025: 1-46. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2465745>
 18. Jewell T, Herle M, Serpell L, Eivors A, Simic M, Fonagy P, et al. Attachment and mentalization as predictors of outcome in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021;32(7): 1241-51. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01930-3>
 19. Byrne CE, Accurso EC, Arnow KD, Lock J, Le Grange D. An exploratory examination of patient and parental self-efficacy as predictors of weight gain in adolescents with anorexia nervosa. *Intl J Eating Disorders*. 2015;48: 883-8. <https://doi.org/10.1002/eat.22376>
 20. Sadeh-Sharvit S, Arnow KD, Osipov L, Lock JD, Jo B, Pajarito S, et al. Are parental self-efficacy and family flexibility mediators of treatment for anorexia nervosa? *Intl J Eating Disorders*. 2018;51: 275-80. <https://doi.org/10.1002/eat.22826>
 21. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer HC. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7): 632-9. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>
 22. Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2019;49(4): 535-544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>

Lucas Boria Buisac¹ 
Marta Sánchez Moreno¹ 
María Pilar Polo Sojo¹ * 
Maite Aranzazu Zapata Usábel¹ 

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

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María Pilar Polo Sojo
Correo: piposojo@gmail.com

*Encefalitis Anti-NMDA con catatonía
maligna en una adolescente: diagnóstico
diferencial y respuesta a terapia
electroconvulsiva*

*Anti-NMDA Encephalitis with Malignant
Catatonia in an Adolescent: Differential
Diagnosis and Response to Electroconvulsive
Therapy*

RESUMEN

Introducción: La encefalitis anti-NMDA es una enfermedad autoinmune asociada a la presencia de anticuerpos anti-NMDA. Su forma de presentación y los hallazgos en pruebas complementarias son inespecíficos, lo cual suele retrasar su diagnóstico e inicio de tratamiento. La catatonía maligna es un estado mental grave y potencialmente mortal asociado a la encefalitis autoinmune. Presentación del caso: Presentamos un caso de encefalitis anti-NMDA en una paciente mujer de 16 años de edad que ingresó en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil tras presentar síntomas neurológicos y psiquiátricos graves. El cuadro se complicó con catatonía maligna e inestabilidad autonómica, con escasa respuesta al tratamiento con benzodiazepinas. La paciente experimentó mejoría clínica tras el inicio de la inmunoterapia y la terapia electroconvulsiva. Conclusiones: La terapia electroconvulsiva es una opción de tratamiento efectiva en pacientes de este perfil, y que debe ser considerada para el tratamiento de la encefalitis anti-NMDA con catatonía refractaria a benzodiazepinas.

Palabras clave: encefalitis anti-NMDA, catatonía maligna, diagnóstico diferencial, psicosis, terapia electroconvulsiva.

ABSTRACT

Background: Anti-NMDA encephalitis is an autoimmune disease associated with the presence of anti-NMDA antibodies. Its clinical presentation and findings in complementary tests are nonspecific, which often delays diagnosis and treatment initiation. Malignant catatonia is a severe and potentially life-threatening mental state associated with autoimmune encephalitis. **Case presentation:** We present a case of anti-NMDA encephalitis in a 16-year-old female patient, who was admitted to a Child and Adolescent Psychiatry Unit after experiencing severe neurological and psychiatric symptoms. The condition was complicated by malignant catatonia and autonomic instability, with poor response to benzodiazepine treatment. The patient showed clinical improvement after the initiation of immunotherapy and electroconvulsive therapy. **Conclusions:** Electroconvulsive therapy is an effective treatment option for patients with this profile and should be considered for the treatment of anti-NMDA encephalitis with catatonia refractory to benzodiazepines.

Keywords: Anti-NMDA encephalitis, malignant catatonia, differential diagnosis, psychosis, electroconvulsive therapy.

INTRODUCCIÓN

La encefalitis anti-NMDA (N-metil-D-aspartato) es una forma de encefalitis autoinmune que se caracteriza por una progresión aguda de síntomas psiquiátricos, neurológicos y autonómicos, siendo su presentación clínica heterogénea e inespecífica (1, 2). Las características clínicas de la encefalitis anti-NMDA se solapan con las de muchas otras patologías neurológicas y psiquiátricas, lo que suele conllevar un diagnóstico inicial erróneo y un retraso en el inicio del tratamiento (3). La forma de presentación predominante entre la población infantil es fundamentalmente neurológica, mientras que en adolescentes y adultos son más frecuentes los síntomas psiquiátricos (4).

Los síntomas psicóticos derivados de una encefalitis anti-NMDA son difíciles de diferenciar de otros trastornos psicóticos como la esquizofrenia (5). Es por ello que el diagnóstico de encefalitis autoinmune en la edad pediátrica debe considerarse en pacientes que presenten clínica neurológica focal, anomalías motoras, inestabilidad autonómica, déficits cognitivos, síntomas psicopatológicos y/o crisis comiciales de inicio agudo o subagudo (menos de 3 meses). En caso de sospecharse se deben realizar las pruebas complementarias pertinentes, que incluyen Resonancia Magnética Cerebral (RMN), electroencefalograma y análisis de líquido cefalorraquídeo. En esta última prueba, la presencia de anticuerpos IgG anti-GluN1 confirma el diagnóstico de encefalitis anti-NMDA. En 2016, Graus y otros expertos propusieron nuevos criterios de diagnóstico ya que hasta entonces los existentes dependían en gran medida de la detección de anticuerpos y la respuesta a la inmunoterapia. Es por esta razón que dicho grupo entiende que no es realista incluir la presencia de anticuerpos como parte de los primeros criterios de diagnóstico, dado que las pruebas de dosificación pueden tomar semanas y no suelen ser fácilmente accesible. La mayoría de los casos se asocian con neoplasias, especialmente teratomas ováricos en mujeres jóvenes, aunque puede presentarse de manera aislada (6).

La encefalitis anti-NMDA se ha asociado a la catatonía maligna, un estado mental grave y

potencialmente mortal. Por lo tanto, en la práctica clínica es importante realizar un diagnóstico precoz ya que puede mejorar significativamente el pronóstico, puesto que el tratamiento temprano con inmunosupresores e inmunoglobulinas puede resultar en una recuperación parcial o completa (2).

El caso que se presenta a continuación corresponde a una paciente adolescente con una historia clínica compleja consistente en síntomas diversos desde la infancia entre los que se encontraban síntomas congruentes con trastorno por estrés postraumático tras situaciones de estrés muy graves vividas desde los 9 años de edad. En este contexto había presentado rasgos de personalidad de tipo límite y disocial incipientes, así como episodios agudos de sintomatología conversiva, proyecciones paranoides y desregulación emocional. A todo ello se añadían problemas en el entorno familiar y las relaciones con iguales, así como un reiterado absentismo escolar. A los 15 años de edad, la paciente mantuvo un tratamiento rehabilitador psicosocial durante 4 meses en una Unidad de Media Estancia.

La paciente ingresa en la Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil por un episodio agudo de alteraciones psiquiátricas y neurológicas que inicialmente fueron diagnosticadas como episodio psicótico agudo. Sin embargo, la evolución clínica desfavorable y la presencia de hallazgos atípicos (episodios de desorientación, fallos mnésicos desconexión del medio, falsos reconocimientos y alternancia entre estados de hiperactividad psicomotora e hipersomnolencia, además del curso fluctuante de la clínica) obligaron a reconsiderar el diagnóstico, lo que permitió finalmente identificar la encefalitis paraneoplásica anti-NMDA como la causa subyacente de los síntomas (1, 7).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente mujer de 17 años de edad acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de escasas horas de evolución consistente en alteraciones conductuales, lenguaje difícilmente comprensible, insomnio y alteraciones en las funciones mnésicas y cognitivas. Se trata de una paciente vinculada a dispositivos asistenciales de Consultas Externas de Psiquiatría y

Psicología desde hace 5 años por rasgos antisociales de personalidad, tendencia a la inestabilidad emocional, así como episodios ocasionales de autorreferencialidad y clínica conversiva.

Destaca por otro lado una historia psicobiográfica compleja y traumática que incluye el abandono de la menor por parte de sus familiares a una temprana edad y absentismo escolar, motivos por los cuales la custodia fue retirada a sus padres y actualmente reside en un centro de menores.

Cinco días antes de su llegada al Servicio Urgencias comienza el cuadro actual con clínica de insomnio de conciliación y apatía, además de una clínica inespecífica de cefalea y náuseas de predominio matutino. En el mismo día de su visita a Urgencias, inicia abruptamente un cuadro clínicamente polimorfo de desconexión con el entorno, hipoprosexia fluctuante, amnesia retrógrada, trastorno formal del pensamiento con tangencialidad y pensamiento disgregado por momentos, ideación delirante de tipo autorreferencial escasamente sistematizada, conductas congruentes con fenómenos alucinatorios de corte visual y auditivo, actitudes suspicaces y de extrañeza y tendencia a la intranquilidad psicomotora, con nulo insight y juicio de realidad mermado.

A la exploración neurológica destaca una leve apraxia bimanual e importantes dificultades mnésicas en el recuerdo diferido. La paciente no ha presentado episodios similares con anterioridad y sus acompañantes niegan el consumo de sustancias estupefacientes. La paciente es reevaluada al día siguiente por el equipo de Psiquiatría objetivándose un empeoramiento del cuadro, con aparición de bloqueos del pensamiento y una franca pérdida de asociación en el discurso.

Se realiza análisis completo de sangre (bioquímica, hemograma, gasometría venosa y análisis cualitativo de drogas de abuso en sangre) y Tomografía Computerizada cerebral, con un resultado dentro de la normalidad. La paciente llegó a presentar hasta tres episodios de alteraciones conductuales en el servicio de Urgencias que requirieron de contención mecánica y farmacológica, con administración de olanzapina 10 mg vía intramuscular. La impresión diagnóstica fue de episodio psicótico agudo siendo

ingresada en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil. El tratamiento inicial al ingreso fue aripiprazol 5 mg, mostrando la paciente una actitud opositora y rechazando la toma de tratamiento psicofarmacológico.

La paciente fue valorada longitudinalmente por el equipo de Psiquiatría de la Unidad y por los especialistas en Neurología. Al sexto día de ingreso y con el objetivo de descartar patología neurológica concomitante se realizó RNM cerebral, donde no se objetivaron cambios estructurales que pudieran justificar el cuadro. En el doce día de ingreso la evolución del cuadro se tornó tórpida, con persistencia de la clínica descrita previamente, aumento de la frecuencia de los episodios de agitación psicomotora, fluctuación de los niveles de atención y conciencia y aparición de un discurso ininteligible. Pese al aumento de dosis de tratamiento antipsicótico (aripiprazol oral hasta 10 mg/día y rescates de olanzapina 10 mg intramuscular) no se objetivó respuesta. En el día trece de ingreso se realizó una punción lumbar diagnóstica (incluyendo bioquímica, serología e inmunología) constatándose una leve hiperproteíorraquia sin otros hallazgos relevantes. El resultado de los anticuerpos anti-superficie neuronal no se obtuvo hasta pasadas tres semanas. Durante este periodo la paciente desarrolló una progresiva hipertonía muscular, inducción de posturas pasivas contra gravedad, oposición ante estímulos externos, rigidez cética, estereotipias, manierismos; fluctuando entre momentos de estupor y mutismo con otros de agitación, clínica compatible con un síndrome catatónico.

Debido a ello se interrumpió la pauta de antipsicóticos y se introdujo tratamiento con lorazepam a una dosis inicial de 6 mg/día que se aumentó progresivamente hasta 8 mg/día, así como vigilancia estrecha de las constantes vitales. Durante el día diecinueve de ingreso la paciente desarrolló síntomas disautonómicos graves con episodios de apnea y taquicardia sinusal a 130-140 lpm que motivaron un ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos para su estabilización hemodinámica. Dada la ausencia de mejoría del cuadro catatónico, el día veintitrés de ingreso se inició terapia electroconvulsiva con una frecuencia de tres sesiones por semana. Los estudios

neurofisiológicos mediante electroencefalografía no mostraron ningún resultado fuera de la normalidad. Pocos días más tarde se recibió un resultado positivo para anticuerpos anti-NMDA en la muestra de LCR de la paciente, ante lo cual se realizó una ecografía ginecológica que demostró la presencia de un teratoma ovárico izquierdo, por lo que se le intervino de una ooforectomía izquierda laparoscópica y se inició tratamiento con metilprednisolona 1 g e inmunoglobulinas vía intravenosa. Durante este tiempo, se fueron completando seis sesiones de terapia electroconvulsiva.

Tras la mejoría clínica la paciente fue trasladada al servicio de Neurología donde se inició tratamiento rehabilitador mediante cinesiterapia, obteniendo una remisión total del cuadro.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de un episodio psicótico agudo en un paciente joven debe incluir una amplia variedad de etiologías, entre ellas trastornos psiquiátricos primarios, infecciones, trastornos neurológicos y causas metabólicas. En este caso, la presentación clínica inicial de la paciente fue sugerente de un trastorno psiquiátrico, dado el antecedente de trastornos emocionales y de conducta. Sin embargo, la falta de respuesta al tratamiento antipsicótico y la progresión hacia un cuadro neurológico más complejo, incluyendo síntomas como catatonía, disautonomía y alteraciones de la conciencia, fueron factores que indicaron la necesidad de un diagnóstico más profundo (6).

La encefalitis anti-NMDA se presenta típicamente con alteraciones psiquiátricas como ansiedad, agitación, delirios y alucinaciones, seguidas de síntomas neurológicos como convulsiones, movimientos involuntarios y deterioro cognitivo (2). En algunos casos, como en el caso expuesto, la presencia de un teratoma ovárico es un factor desencadenante, ya que las células tumorales pueden generar anticuerpos contra los receptores NMDA en el cerebro (1). Estos anticuerpos alteran la función neuronal, lo que conduce a los síntomas descritos.

La importancia de un enfoque multidisciplinar es crucial en este tipo de cuadros. La colaboración

entre psiquiatras, neurólogos y otros especialistas es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuado (7). En este caso, el uso de técnicas diagnósticas como la punción lumbar, las pruebas serológicas y la RMN cerebral fueron claves para el diagnóstico final. A pesar de la complejidad del cuadro clínico, la intervención - con terapia inmunosupresora y la terapia electroconvulsiva resultaron en una recuperación favorable para la paciente. Cabe destacar que en el momento en que se instauró dicho tratamiento se había interrumpido por completo la pauta de antipsicóticos (8).

La catatonía observada en este caso es una manifestación común en la encefalitis paraneoplásica anti-NMDA y cuando es refractaria al tratamiento farmacológico, requiere de intervención con terapia electroconvulsiva. Este tratamiento se ha demostrado eficaz en numerosos casos, como fue el caso de la paciente, quien respondió de manera positiva después de varias sesiones de TEC, sin necesidad de ser incluida en el programa de TEC ambulatorio de mantenimiento. El tratamiento al alta del ingreso en Neurología únicamente consistió en analgesia y lorazepam a demanda (7,8).

Es relevante señalar que la encefalitis anti-NMDA - debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes con síntomas psiquiátricos y neurológicos agudos, especialmente cuando hay signos de evolución clínica desfavorable a pesar del tratamiento convencional (9).

FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial o sin ánimo de lucro.

CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Los autores declaran que no presentan ningún tipo de conflicto de intereses. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte de la familia del paciente para la publicación del presente caso clínico.

REFERENCIAS

1. Dalmau J, Tüzün E, Wu HY, Masjuan J, Rossi JE, Voloschin A, et al. Paraneoplastic anti-NMDA receptor encephalitis: neurological, psychiatric, and immunological manifestations. *Lancet Neurol.* 2007;6(3): 202-8. <https://doi.org/10.1002/ana.21050>
2. Nguyen L, Wang C. Anti-NMDA Receptor Autoimmune Encephalitis: Diagnosis and Management Strategies. *Int J Gen Med.* 2023 Jan 4;16: 7-21. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S397429>
3. Irani SR, Bera K, Waters P, Zuliani L, Maxwell S, Zandi MS, Friese MA, Galea I, Kullmann DM, Beeson D, Lang B, Bien CG, Vincent A. N-methyl-D-aspartate antibody encephalitis: temporal progression of clinical and paraclinical observations in a predominantly non-paraneoplastic disorder of both sexes. *Brain.* 2010;133(Pt 6): 1655-67. <https://doi.org/10.1093/brain/awq113>
4. Endres D, Leypoldt F, Bechter K, Hasan A, Steiner J, Domschke K, Wandinger KP, et al. Autoimmune encephalitis as a differential diagnosis of schizophreniform psychosis: clinical symptomatology, pathophysiology, diagnostic approach, and therapeutic considerations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020 Oct;270(7): 803-18. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01113-2>
5. Yang S, Yang L, Liao H, Chen M, Feng M, Liu S, Tan L. Clinical Characteristics and Prognostic Factors of Children With Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis. *Front Pediatr.* 2021 Apr 22;9: 605042. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.605042>
6. Tanguturi YC, Hanzlik E, Pagano L, Cundiff AW, Graham TB, Fuchs DC. Anti-NMDAR Encephalitis: Multidisciplinary Development of a Clinical Practice Guideline. *Hosp Pediatr.* 2021 Nov;11(11): 1295-302. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2021-005882>
7. Moussa T, Afzal K, Cooper J, Rosenberger R, Gerstle K, Wagner-Weiner L. Pediatric anti-NMDA receptor encephalitis with catatonia: treatment with electroconvulsive therapy. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2019 Feb 18;17(1): 8. <https://doi.org/10.1186/s12969-019-0310-0>
8. Olaleye KT, Oladunjoye AO, Otuada D, Anugwom GO, Basiru TO, Udeogu JE, Opaleye-Enakhimion T, Espiridion ED. The Effectiveness of Electroconvulsive Therapy on Catatonia in a Case of Anti-N-Methyl-D-Aspartate (Anti-NMDA) Receptor Encephalitis. *Cureus.* 2021 Jun 17;13(6): e15706. <https://doi.org/10.7759/cureus.15706>
9. Bogdan A, Askenazy F, Richelme C, Gindt M, Thümmeler S, Fernandez A. Case Report: Anti-NMDAR Encephalitis Presenting With Catatonic Symptoms in an Adolescent Female Patient With a History of Traumatic Exposure. *Front Psychiatry.* 2022 Jan 28;13: 784306. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.784306>

Lorena Delgado ¹ * 

1. Hospital Mútua de Terrassa, CSMIJ Centro de Salud Mental Infanto-juvenil, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Lorena Delgado
Correo: ldelgadora@mutuaterrassa.cat

El trastorno límite de la personalidad en la adolescencia: una patología del desarrollo, sus desafíos y el imperativo de un enfoque trauma-informado

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN LA PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA

Este artículo plantea una pregunta fundamental sobre una perspectiva clínica del día a día de nuestra consulta: ¿Estaríamos fallando a nuestros pacientes al diagnosticar el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) sin reconocer su posible relación con el Trauma Complejo (TC)? La evidencia sugiere de forma consistente: el TLP puede conceptualizarse no como un “capricho” del carácter, sino como una secuela del desarrollo frecuentemente asociada a la adversidad temprana. Adoptar esta perspectiva no sería solo un ejercicio teórico, sino una obligación clínica que exigiría un cambio radical en la detección, el diagnóstico y la intervención en la población infantojuvenil.

La correlación entre la adversidad temprana y la sintomatología del TLP está ampliamente documentada. Entre el 70% y el 90% de los pacientes con TLP reportan trauma infantil significativo, y la exposición al abuso aumenta el riesgo hasta 13 veces (1). Sin embargo, el verdadero desafío reside en la naturaleza del trauma. No hablamos del trauma simple, sino del TC (la exposición crónica, repetida e interpersonal en el contexto de las relaciones de apego) (2). El TC se asocia a alteraciones en sistemas neurobiológicos implicados en la regulación emocional y puede contribuir a la gravedad sintomática del TLP, impactando en la autoimagen, la regulación emocional, la identidad y las relaciones interpersonales (3).

Si bien la evidencia sugiere de forma consistente la vinculación del TLP con el TC, es crucial también reconocer que no todos los casos de TLP tienen una historia clara de TC. La investigación actual sugiere que la etiología del TLP es multifactorial, con una *heredabilidad significativa* (alrededor del 42%) (1,4) y la influencia de *factores ambientales sutiles* (como la invalidación emocional crónica o el apego inseguro) que, en combinación con una vulnerabilidad temperamental o genética, pueden desencadenar el TLP (5). Por lo tanto, el foco de la psiquiatría infanto-juvenil debería pasar de la “*personalidad*” a la “*patología del desarrollo subyacente*”, reconociendo la interacción entre la vulnerabilidad biológica y la adversidad, sea esta un TC o un factor ambiental más sutil.

LA BIOLOGÍA DE LA ADVERSIDAD: NEUROBIOLOGÍA Y EPIGENÉTICA

El trauma temprano no es solo una memoria dolorosa; es un factor que puede modular la respuesta al estrés y la conectividad cerebral. La comprensión del TLP como una patología del desarrollo se apoya con los hallazgos que demuestran cómo el TC puede alterar permanentemente los sistemas clave para la regulación emocional (3).

Desregulación neurobiológica: el cerebro bajo asedio

La disfunción central en el TLP se ha relacionado con la **desconexión** entre la *Corteza Prefrontal*, responsable del control ejecutivo, y las estructuras

límbicas, como la *Amígdala*, centro de la alarma emocional (6). Las principales consecuencias clínicas del TLP serían:

- *Amígdala*: hiperreactividad emocional crónica y desregulación emocional severa.
- *Corteza Prefrontal* (CPF): déficit de mentalización y control de impulsos.
- *Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal* (HPA): hiperreactividad sostenida ante el estrés (hiperactivación del eje HPA).

Epigenética: la herencia silenciosa del trauma

El TC deja una huella molecular a través de cambios epigenéticos, como la metilación del ADN, que modulan la expresión génica sin alterar la secuencia genética (7). La investigación ha documentado la *transmisión intergeneracional epigenética del trauma*, donde los hijos de madres con trauma severo muestran patrones epigenéticos similares sin haber experimentado el trauma directo (8). Esta evidencia refuerza la necesidad de evaluar no solo el trauma individual, sino también la historia transgeneracional de adversidad, con el fin de interrumpir estos ciclos de transmisión mediante la intervención temprana.

IMPLICACIONES CLÍNICAS: LA URGENCIA DE LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

La adolescencia, con su máxima plasticidad cerebral, es la *ventana de oportunidad* definitiva para la psiquiatría la infancia y la adolescencia. Es el momento de intervenir antes de que los patrones desadaptativos se cristalicen en el TLP adulto. Este modelo de patología del desarrollo del TLP incluye: secuencia etiopatogénica y la oportunidad de intervención.

EVALUACIÓN: DE LA ETIQUETA A LA ETIOLOGÍA

La evaluación debe ser *trauma-informada*, priorizando la comprensión del impacto del TC sobre la mera clasificación sintomática.

- Evaluar la mentalización, frecuentemente afectada en adolescentes con TC.
- Identificar factores de protección y fortalecer apoyos familiares.

TRATAMIENTOS: EVIDENCIA QUE TRANSFORMA TRAYECTORIAS

La psiquiatría infanto-juvenil dispone de herramientas validadas que abordan directamente las secuelas del TC (9):

- DBT-A (Terapia Dialéctico-Conductual para Adolescentes). Integra estrategias cognitivo-conductuales, de aceptación y mindfulness. Evidencia alta de efectividad. Foco principal: Estabilización conductual y reducción de autolesiones.
- MBT-A (Terapia Basada en Mentalización para Adolescentes). Integra un enfoque basado en el apego y psicodinámica relacional. Evidencia moderada a alta de efectividad. Foco principal: Restauración de la mentalización y mejora de las relaciones.
- TF-CBT (Terapia cognitivo-conductual centrada en el Trauma). Evidencia alta de efectividad. Foco principal: Procesamiento de la narrativa traumática (principalmente para trastornos relacionados con trauma).

La tendencia es la adaptación de protocolos elaborados para población adulta a adolescentes, integrando la estabilización emocional con el procesamiento traumático gradual. Esta integración de modelos (ej. DBT-A para la desregulación emocional y TF-CBT para el procesamiento del trauma) se justifica por la naturaleza secuencial de la recuperación del TC. La evidencia reciente sugiere el uso de un modelo de atención escalonada (*stepped care*) que comienza con intervenciones de baja intensidad y avanza a terapias especializadas (DBT-A, MBT-A) solo si es necesario, optimizando recursos y garantizando que la intervención sea proporcional a la complejidad del caso (10). Este enfoque secuencial y escalonado es la clave para abordar la complejidad del TLP en la adolescencia.

33 CONCLUSIÓN: UN LLAMAMIENTO A LA ACCIÓN

El TLP en la adolescencia representa un desafío sistémico que exige una intervención temprana y especializada. La adopción de una perspectiva del desarrollo vital y trauma-informada representa la vía más ética y eficaz para la prevención, independientemente de la etiología específica y plantearía una serie de desafíos fundamentales que la psiquiatría infanto-juvenil debería abordar.

El mayor potencial de plasticidad cerebral en la juventud nos da una oportunidad única. El desafío no es solo diagnosticar, sino garantizar la formación y la disponibilidad de estos abordajes especializados. Deberíamos transformar la desesperanza asociada al TLP en una oportunidad de recuperación completa, redefiniendo el TLP no como un destino, sino como una secuela tratable de la adversidad temprana.

REFERENCIAS

1. Cavicchioli M, Scalabrini A, Vai B, Palumbo I, Benedetti F, Galli F, Maffei C. Antecedents and risk factors for borderline personality disorder: Etiopathogenic models based on a multi-level meta-analysis. *J Affect Disord*. 2024 Dec 15;367: 442-52. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.236>
2. Karatzias T, Shevlin M, Hyland P, Fyvie C, Grandison G, Ben-Ezra M. ICD-11 trastorno de estrés postraumático, TEPT complejo y trastorno de adaptación: la importancia de los factores de estrés y eventos traumáticos de la vida. *Ansiedad, estrés, afrontamiento*. 2021;34(2): 191-202. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1803006>
3. Peña CJ. Epigenetic regulation of brain development, plasticity, and response to early-life stress. *Neuropsychopharmacology*. 2026 Jan;51(1): 5-15. <https://doi.org/10.1038/s41386-025-02179-z>
4. Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M. Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Dev Psychopathol*. 2009 Fall;21(4): 1335-53. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>
5. Salavati M, Selby EA. Childhood Maltreatment and Borderline Personality Disorder. En: *Theories of Borderline Personality Disorder*. Springer Nature Switzerland; 2024 . p. 57-94.
6. Giannoulis E, Nosis C, Sula IJ, Georgitsi ME, Malogiannis I. Understanding the Borderline Brain: A Review of Neurobiological Findings in Borderline Personality Disorder (BPD). *Biomedicines*. 2025 Jul 21;13(7): 1783. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13071783>
7. Bender A, Bertele L, Musaoglu MN, Pasche S, Edelmann S, Nieratschker V. Investigating PRDM8 DNA Methylation in Peripheral Tissues in Borderline Personality Disorder: Association with Symptom Severity but Not Adverse Childhood Experiences. *Brain Sci*. 2025 Aug 30;15(9): 950. <https://doi.org/10.3390/brainsci15090950>
8. Mulligan CJ, Quinn EB, Hamadmad D, Dutton CL, Nevell L, Binder AM, Panter-Brick C, Dajani R. Epigenetic signatures of intergenerational exposure to violence in three generations of Syrian refugees. *Sci Rep*. 2025 Feb 27;15(1): 5945. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-89818-z>
9. Apicella M, Pontillo M, Maglio G, Di Vincenzo C, Della Santa G, Andracchio E, Vicari S. Non-suicidal self-injury in adolescents: a clinician's guide to understanding the phenomenon, diagnostic challenges, and evidence-based treatments. *Front Psychiatry*. 2025 Jul 29;16: 1605508. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1605508>
10. Vonderlin R, Boritz T, Claus C, Senyüz B, Mahalingam S, Schmelz J, Knolle-Ventjeer S, et al. Trauma-focused dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized controlled multi-center trial in online and face-to-face formats. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2025 May 9;12(1): 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-025-00294-3>

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:

37

1. Página de título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el archivo del manuscrito:
 1. Título, resumen y Palabras clave (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se revise el estado de la cuestión y se incluyan los objetivos y/o las hipótesis del trabajo.
 3. Material y Métodos, con la descripción del material utilizado y de la técnica y/o métodos seguidos.
 4. Resultados, con una exposición concisa de los datos obtenidos.
 5. Discusión.
 6. Conclusiones.
 7. Conflictos de interés de los autores en relación el artículo o una afirmación de no existe conflictos de interés.
 8. Agradecimientos, si los hubiere.
 9. Referencias.

En el caso de tratarse de **ensayos clínicos**, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (<https://bit.ly/3FtrBnP>), también desarrolladas en los *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* (<http://www.icmje.org>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental.

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se considerarán tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y

las tendencias de desarrollo. Se caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

Como normal general, cada sección del manuscrito debe empezar en una página nueva, y este debe estructurarse bajo la siguiente estructura:

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente.
2. En el documento del manuscrito:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo.
 3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión.
 4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica.
 5. Resultado (la revisión propiamente dicha).
 6. Discusión.
 7. Conclusiones.
 8. Conflictos de interés de los autores en relación el artículo o una afirmación de no existe conflictos de interés
 9. Agradecimientos, si los hubiere
 10. Referencias

3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista. Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba en archivo independiente.
2. En el documento del manuscrito:
 1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba.
 2. Introducción, para enmarcar de forma teórica el caso/casos que se describirá/n
 3. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario.
 4. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente.
 5. Conclusiones.
 6. Agradecimientos.
 7. Conflictos de interés y cumplimientos éticos.

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

En esta sección se admitirán comunicaciones breves y comunicaciones preliminares que por sus características puedan ser resumidas en un texto breve, así como aquellos comentarios y críticas científicas en relación a trabajos publicados en la Revista, y, de forma preferiblemente simultánea, las posibles réplicas a estos de sus autores, para lo cual les serán remitidas las Cartas previamente a su publicación (derecho a réplica). La extensión máxima será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 10, y se admitirá, de ser necesario, una figura o una tabla.

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

En esta sección se incluirán comentarios sobre obras relevantes por sus contenidos acerca de las áreas de interés de la Revista. Las notas bibliográficas se realizarán por invitación del Comité Editorial a expertos en el campo de interés.

6. SECCIONES ESPECIALES

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

7. AGENDA

La sección de **Agenda** podrá contener notas relativas a asuntos de interés general, congresos, cursos y otras actividades que se consideren importantes para los lectores de la Revista.

8. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

Se podrá proponer por parte de autores socios de AEPNYA o del Comité Editorial la confección de números monográficos. En cualquier caso, el Comité Editorial y los autores estudiarán conjuntamente las características de los mismos. Las contribuciones a

los números monográficos serán sometidas a revisión por pares. Los números monográficos podrán ser considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

9. PERSPECTIVA CLÍNICA

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

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

Las tablas deben estar numeradas de forma correlativa en función del orden de aparición en el texto empleando números arábigos, y deben contener el correspondiente título describiendo su contenido, de forma que sean comprensibles aisladas del texto del manuscrito. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas. Deben citarse en el texto donde corresponda (por ejemplo: 'Ver Tabla 1').

Los gráficos y figuras deberán presentarse en formato electrónico adecuado (preferiblemente png o tiff). Se asignará una numeración independiente a las de las tablas empleando también números arábigos y estarán debidamente citados en el texto (por ejemplo: 'Ver Figura 1'). Los gráficos y figuras deben tener un título describiendo su contenido. También deberán explicarse a pie de tabla las siglas utilizadas.

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

REFERENCIAS

Las referencias bibliográficas se presentarán todas al final del manuscrito, se numerarán *por orden de aparición en el texto*, y el número arábigo que corresponda a cada una será el que se utilizará en el texto (en forma de *números entre paréntesis y de igual tamaño que el resto del texto*) para indicar que ese contenido del texto se relaciona con la referencia reseñada. Se recomienda incluir en la Bibliografía la citación de trabajos en español, considerados de relevancia por el/los autor/es, y en especial de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*.

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org>):

1.- Artículo estándar: Apellido(s) e inicial(es) del autor/es* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura** internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número***), página inicial y final del artículo. (DOI) <https://doi.org/10...>

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

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras “et al.”. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros. Incluir el enlace DOI siempre que sea posible al final de la referencia de la siguiente manera: <https://doi.org/10...>

**Las abreviaturas internacionales de las revistas pueden consultarse en la “List of Journals Indexed in Index Medicus”, (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>).

*** El número es optativo si la revista dispone de número de volumen.

2.- Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. *Mathematical physics. A modern introduction to its foundations.* New York: Springer-Verlag; 1999).

3.- Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. *The kinetic approach to dusty plasmas.* En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas.* Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (*PEER REVIEW*)

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

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

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

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

ARTÍCULO ORIGINAL

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

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

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.

43

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.aepnya.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.