

SUMARIO

EDITORIAL

Importancia de la formación en psiquiatría de la infancia y adolescencia

Josefina Castro-Fornieles 3

ARTICULO DE INVESTIGACIÓN

Dificultades en las relaciones interpersonales y *Fear of Missing Out*: ¿predictores del riesgo de adicción a las redes sociales?

A. Peñalba Vicario y C. Imaz Roncero 6

Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

M. Cossio García, E. Castaño García y J.A. López-Villalobos 21

CASO CLÍNICO

Tratamiento farmacológico de las alteraciones de conducta en el Síndrome de Cornelia de Lange, a propósito de un caso

Cora Fernández-Natal y Juan J. Carballo 32

Folie à deux en un niño prepúber y su madre

Eva Varela, Javier Goti, Mª Teresa Campillo, Celeste Galcerán, Inmaculada Baeza 36

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 40

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2019;36(3)



Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Miembro de la European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza Pertegaz
(direccion.revista@aeponya.org)

Secretaría

Paloma Varela Casal
(secretaria.revista@aeponya.org)

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Carballo Belloso
Enrique Ortega García
Antonio Pelaz Antolín
Rafael de Burgos Marín
Francisco Ruiz Sanz
Francisco Díaz Atienza
Isabel Hernández Otero
Óscar Herreros Rodríguez
Covadonga Martínez Díaz-Caneja
Francisco Montañés Rada
Carmen Moreno Ruiz
Soraya Otero Cuesta
Helena Romero Escobar
Pedro Manuel Ruiz Lázaro
José Salavert Jiménez

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEPNYA

Presidenta: Dolores M^a Moreno Parcillos

Vice-presidente: José Ángel Alda Díez

Secretario: Carlos Imaz Roncero

Tesorera: Beatriz Payá Gonzalez

Presidenta Comité Científico: Luisa Lázaro García

Presidente Comité Publicaciones Medios de

Comunicación: Belén Rubio Morell

Vocales: Rafaela Caballero Andaluz,

C. Pilar Baos Sendarrubias y Kristian Naenen Hernani

PRESIDENTES DE HONOR DE LA AEPNYA

J. Córdoba Rodríguez

J. de Moragas Gallisa

C. Vázquez Velasco

L. Folch i Camarasa

A. Serrate Torrente

F.J. Mendiguchía Quijada

M. de Linares Pezzi

V. López-Ibor Camós

J. Rom i Font

J. Tomás i Vilaltella

J.L. Alcázar Fernández

M. Velilla Picazo

M.J. Mardomingo Sanz

M. D. Domínguez Santos

J. Castro Fornieles

Asociación fundada en 1950.

Revista fundada en 1983.

Indizada en Academic Search Premier, Fuente

Academica Plus Evaluada en LATINDEX.

Catálogo v1.0 (2002 - 2017), CARHUS

Plus+ 2018

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (AEPNYA)

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@aeponya.org

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

2019. Asociación Española de Psiquiatría
del Niño y el Adolescente

Esta obra se encuentra bajo Licencia Creative Commons
CC BY-NC-ND 4.0

Esta publicación sigue los lineamientos definidos por
COPE (<https://publicationethics.org/>)

Depósito legal: M-6161-2015

ISSN: 1130-9512

Registrada como comunicación de soporte válido
30-R-CM

Publicación trimestral

Soporte Técnico:



Medellín, Colombia

Tel.: (+57) 316 7322347

www.jasolutions.com.co

Josefina Castro-Fornieles

Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil,
2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital
Clínic de Barcelona, CIBERSAM, Universitat de
Barcelona
direccion.revista@aepnya.org

*Importancia de la formación en
psiquiatría de la infancia y
adolescencia*

3

La adecuada atención a los trastornos mentales está siendo reconocida como prioritaria por parte de organismos y asociaciones internacionales debido a la alta prevalencia de estas patologías y su elevada repercusión para el funcionamiento y calidad de vida de los pacientes. Además, representa una gran carga social y económica (1,2). Los recursos que se dedican por parte de los sistemas de salud para la prevención y tratamiento no son en general acordes con la valoración de dichas repercusiones (3).

La atención a la salud mental en las primeras etapas de la vida está empezando a ser prioritaria en salud pública (4) ya que en la infancia y adolescencia se inician muchos de estos trastornos (5,6). Los años de vida ajustados por discapacidad perdidos por adolescentes y jóvenes relacionados con estos trastornos son muchos (7). Además, la atención precoz a los problemas de salud mental puede prevenir consecuencias a largo plazo como por ejemplo en casos de inicio de consumo de sustancias o trastornos de conducta (8, 9). Los programas preventivos, que inicialmente pueden resultar costosos, han demostrado que comportan posteriormente una reducción del coste global del tratamiento, de la dependencia y de las consecuencias para la adaptación social de los pacientes (10, 11). Todo ello remarca la importancia de la atención adecuada a edades tempranas. Sin embargo, todavía existe una gran distancia en muchos países entre las necesidades reales de atención en salud mental en la infancia y adolescencia y la disponibilidad de recursos asistenciales (12).

La conceptualización de la psiquiatría de la infancia y la adolescencia durante los últimos sesenta años ha variado de forma importante. Las primeras

clasificaciones de la OMS (13) contaban con muy pocos diagnósticos definidos como trastornos mentales infantiles. Las primeras asociaciones de psiquiatría de la infancia y la adolescencia no se crearon hasta los años 50. Por otro lado, se contaba con pocos tratamientos con suficiente base científica demostrada. En las últimas décadas se ha avanzado en la definición y criterios diagnósticos de numerosos trastornos que pueden presentarse en niños y adolescentes (14,15), se ha dado valor al diagnóstico diferencial y se ha ido consolidando un modelo en el que se considera importante no solo la influencia del entorno si no también, las propias características del niño, ya sean genéticas, temperamentales o de personalidad. Todas estas influencias se consideran fundamentales no solo en la asistencia clínica sino también en los estudios de investigación (16).

La especificidad de la atención clínica en la infancia y adolescencia está avalada por muchos factores. A estas edades existen notables diferencias con los adultos en las manifestaciones de los trastornos ya que el cerebro está en desarrollo. Por otro lado, existe una gran influencia del entorno y de la familia en el estado del niño o adolescente y, además, los límites entre lo normal y lo patológico también están determinados por la etapa de desarrollo. Por todo ello, se necesitan centros clínicos experimentados en estas edades, que cuenten con profesionales formados en la utilización de diferentes fuentes de información y en instrumentos apropiados. También se precisa que en dichos centros se puedan realizar tratamientos específicos y diferenciados para los trastornos, tanto en abordaje psicoterápico como farmacológico, que tengan en cuenta las diferentes etapas evolutivas.

En estas edades resulta aún más necesario abordar los trastornos de modo interdisciplinario y con la participación de diversos profesionales como psiquiatras, psicólogos, pediatras, enfermería o trabajo social, además de colaborar con maestros y psicólogos escolares. Es fundamental la implicación de la familia en el tratamiento del paciente para lograr mejores resultados. En algunos casos, es asimismo importante la interacción con las instituciones responsables de la atención a la infancia y la adolescencia (servicios de protección de menores, fiscalía y juzgados de menores). Toda esta coordinación implica un mayor tiempo de dedicación de los profesionales. El desarrollo de recursos asistenciales para salud mental en la infancia y adolescencia en muchos países ha sido menor en comparación con la atención a pacientes adultos, lo que dificulta el acceso al tratamiento específico o que en muchos casos la atención no se realice en el lugar más adecuado (12).

El reconocimiento de la importancia de la investigación en salud mental en edades tempranas también se ha ido incrementando en las últimas décadas ya que permite realizar estudios sobre diferentes trastornos sin la influencia de años de evolución ni de sucesivos tratamientos. Otro beneficio es que aporta conocimiento sobre los primeros síntomas y ello puede ser fundamental para la prevención. Aunque hay grandes diferencias entre los diversos países, en conjunto se puede decir que todavía la investigación en estas edades está en una situación por debajo de psiquiatría de adultos y de otras especialidades y, además, existe una gran distancia entre la clínica habitual y la investigación (12,17). Evidentemente, el objetivo final de la investigación en salud mental de la infancia y adolescencia es mejorar la práctica clínica y se precisa incrementar la relación entre estas dos perspectivas tanto para optimizar la práctica cotidiana como para priorizar una investigación que conteste preguntas relevantes para el diagnóstico y los tratamientos (18). Por ello, se debe potenciar la investigación que incorpore diferentes disciplinas tanto básicas como clínicas. Algunos de los estudios en relación con la salud mental de la infancia y adolescencia que deberían ser promocionados con ayudas de fondos públicos serían los de factores de riesgo, prevalencia y seguimiento longitudinal de los trastornos, así como ensayos clínicos de calidad y de análisis de coste-eficacia de los diferentes abordajes (12,19). También las normativas respecto a consentimientos informados y otros aspectos éticos en la investigación en estas edades han de ser claros y los comités éticos y agencias reguladoras suficientemente expertos en las especificidades para ayudar a la adecuada realización de los estudios.

De todo lo dicho anteriormente se deriva la

importancia de contar con una formación en la especialidad de psiquiatría de la infancia y adolescencia regulada y que se realice adecuadamente y bajo un buen control de calidad. Es importante conseguir una formación homogénea y completa. Si no es así, es difícil que la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia tenga la calidad necesaria, que los tratamientos sean homogéneos entre diferentes profesionales y que se sigan de forma correcta las guías internacionales. Por otro lado, si la formación en las primeras edades no es óptima se tendrán menos en cuenta sus especificidades y habrá dificultades en la detección y atención de muchos trastornos. En la mayoría de países europeos se reconoce la psiquiatría de la infancia y adolescencia como una especialidad diferenciada de la de adultos y se requiere una formación específica (17). En el estado español no está desarrollada la formación de esta especialidad y únicamente es obligatoria una formación de cuatro meses durante la residencia de psiquiatría. Una mayoría de residentes de psiquiatría desearían una mejor formación en esta área, pero actualmente suele ser escasa y muy variable. Se deja en gran parte a la libre elección del residente en función también de las posibilidades de su entorno (20). Es por tanto una necesidad que se apruebe oficialmente por las autoridades competentes la especialidad de psiquiatría de la infancia y adolescencia y que se regule y organice la formación de forma homogénea como sucede en los países del entorno. Otros beneficios que pueden obtenerse de una buena formación son una mayor identidad profesional ya que sus profesionales habrán decidido dedicarse a esta especialidad de forma voluntaria, priorizarán su red asistencial propia y pertenecerán a asociaciones específicas, potenciando así el conocimiento en esta área (21). Asimismo, es importante que los profesionales colaboren en disminuir el estigma y en mejorar la percepción pública de la atención a la salud mental infantil, así como de la investigación.

REFERENCIAS

1. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2005; 15:357-376.
2. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS et al. Grand challenges in global mental health. *Nature* 2011; 475:27-30. <https://dx.doi.org/10.1038%2F475027a>
3. Vigo DV, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Health*, 2019 Feb; 4(2): e89-e96. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2).
4. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

5. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al., Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21:718-779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
6. Catalá-López F, Gènova-Maleras R, Álvarez-Martín E, Fernández de Larrea-Baz N, Morant-Ginestar C. Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013; 6:80-85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.07.002>
7. Clavenna A, Cartabia M, Sequi M, Costantino MA, Bortolotti, Fortino I, et al. Burden of psychiatric disorders in the pediatric population. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013; 23: 98-106. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.04.008>
8. Newton-Howes G, Cook S, Martin G, Foulds JA, Boden JM. Comparison of age of first drink and age of first intoxication as predictors of substance use and mental health problems in adulthood. *Drug Alcohol Depend.* 2019; 194:238-243. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.012>
9. Kassing F, Godwin J, Lochman JE, Coie JD, Conduct Problems Prevention Research Group. Using early childhood behavior problems to predict adult convictions. *J Abnorm Child Psychol.* 2019; 47:765-778.
10. Motiwala SS, Gupta S, Lilly MB, Ungar WJ, Coyte PC. The cost-effectiveness of expanding intensive behavioural intervention to all autistic children in Ontario: in the past year, several court cases have been brought against provincial governments to increase funding for Intensive Behavioural Intervention (IBI). This economic evaluation examines the costs and consequences of expanding an IBI program. *Health Policy.* 2006; 1: 135-151
11. Bavarian N, Duncan R, Lewis KM, Miao A, Washburn IJ. Adolescent substance use following participation in a universal drug prevention program: examining relationships with program recall and baseline status. *Subst Abus.* 2015; 36:359-367. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.952364>
12. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet.* 2011; 378:1515-1525. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60827-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60827-1)
13. World Health Organization. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death. World Health Organization, 1957
14. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th revision. World Health Organization, 2018
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition (DSM-V), American Psychiatric Press, Washington, DC, 2013
16. M. Rutter. Routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect. *J Child Psychol Psychiatry.* 1998; 39: 805-816.
17. Karabeiliroglu K, Dogangün B, Hergüner S, von Salis T, Rothenberger A. Child and adolescent psychiatry training in Europe: differences and challenges in harmonization. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2006; 15:467-475.
18. Palinkas LA, Um MY, Jeong CH, Chor KH, Olin S, Horwitz SM, Hoagwood KE. Adoption of innovative and evidence-based practices for children and adolescents in state-supported mental health clinics: a qualitative study. *Health Res Policy Syst.* 2017; 15:27. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12961-017-0190-z>
19. Hoagwood K, Olin SS. The NIMH blueprint for change report: research priorities in child and adolescent mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002; 41:760-767. <https://doi.org/10.1097/00004583-200207000-00006>
20. Fabrega M, Ilzarbe D. Becoming a child and adolescent psychiatrist in Spain: trainees' perspectives. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 26:743-745. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0974-2>
21. McCarthy M, Abenojar J, Anders TF. Child and adolescent psychiatry for the future: challenges and opportunities. *Psychiatr Clin North Am.* 2009; 32: 213-226. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.11.008>

A. Peñalba Vicario¹

C. Imaz Roncero^{2 *}

1. Grado Facultad Medicina. Universidad de Valladolid, España.

ORCID ID: [0000-0002-1509-8819](https://orcid.org/0000-0002-1509-8819)

2. Profesor asociado Psiquiatría. Facultad Medicina Universidad de Valladolid. LEA Psiquiatría, Equipo Salud Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Carlos Imaz-Roncero

Servicio Psiquiatría del HURH. Calle Dulzaina, 2, 47012 Valladolid.

Correo electrónico: carlos.imaz@med.uva.es

ORCID ID: [0000-0002-8489-7841](https://orcid.org/0000-0002-8489-7841)

Dificultades en las relaciones interpersonales y Fear of Missing Out: ¿predictores del riesgo de adicción a las redes sociales?

Difficulties in interpersonal relations and Fear of Missing Out: Predictors of the risk of addiction to social networks?

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue estudiar el perfil psicológico de los adolescentes con riesgo de adicción a las redes sociales. Participaron 240 individuos de un instituto público de la localidad burgalesa de Aranda de Duero con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales (CEDIA), la adaptación española de la Fear of Missing Out scale (FoMO; miedo a perderse algo) y la Escala de Riesgo de Adicción-adolescente a las Redes Sociales e Internet (ERA-RSI). Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre FoMO y el riesgo de adicción a RSI ($p < 0.05$). Las dificultades en las relaciones interpersonales no se asociaron con mayor riesgo de adicción, a excepción de las relaciones familiares, que sí lo hicieron. Por lo tanto, FoMO podría emplearse como predictor del riesgo de adicción a RSI. La investigación en los factores de alarma de adicción a las redes sociales requiere una atención especial, ya que su conocimiento permitiría prevenir el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes.

Palabras clave: : redes sociales, internet, adicción, habilidades sociales, Miedo a estar desconectado (FoMO)

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the psychological profile of teenagers with a risk of addiction to social networks. 240 volunteers, aged between 12 and 18 years old from a public high school in Aranda de Duero, Burgos took part in the project. The tools used were the *Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales* (CEDIA), the spanish adaptation of the Fear of Missing Out scale (FoMO) and the *Escala de Riesgo de Adicción-adolescente a las Redes Sociales e Internet* (ERA-RSI). It was found out that there is a statistically significant relation between FoMO and the risk of addiction to RSI ($p < 0.05$). The difficulties encountered in the personal relationships were not associated to a mayor risk of addiction, except for the familiar relations that were indeed associated. Therefore, FoMO could be used as a predictor of the risk of addiction to RSI. The research in the risk factors of addiction to social networks requires a special attention because its knowledge could allow the development of disadaptive behaviors in teenagers.

Keywords: Social Networking, internet, addiction, social skills, fear of missing out (FOMO).

INTRODUCCIÓN

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han revolucionado el modelo social de relación. Esto se debe, en gran parte, a la aparición en el mercado de nuevos dispositivos digitales con sistemas de interacción cada vez más sencillas que han permitido la generalización de su uso. El auge de los teléfonos inteligentes, como paradigma de esta transformación, ha traído consigo nuevas formas de interacción comunicativa interpersonal. En concreto, las redes sociales virtuales han tenido un crecimiento sin precedentes a partir del desarrollo de la Web 2.0, en la que el usuario puede generar y compartir contenidos formando parte de una plataforma de trabajo colaborativo (1).

En el caso de España, según los datos publicados en el Estudio Anual de Redes Sociales elaborado por la asociación IAB Spain (2), durante el año 2018 un 85% de los internautas de 16 a 65 años utilizaron las redes sociales, lo que representa más de 25,5 millones de usuarios en nuestro país. De estos, la mayoría fueron mujeres (51%), siendo estas las que más tiempo dedicaron (62 minutos al día de media). Los jóvenes de entre 16 y 23 años (generación Z) constituyen el grupo etario que más las utilizó: de media, 5,6 redes sociales diferentes a la vez y durante un tiempo de 84 minutos diarios. Las preferidas por estos fueron Instagram, WhatsApp y Youtube.

En este escenario, los investigadores se han interesado por la implicación de los adolescentes en las redes sociales. Durante esta etapa del crecimiento los individuos configuran su personalidad y adquieren las estrategias vitales para afrontar la madurez (3). Las redes sociales se han incorporado a su vida cotidiana constituyendo una herramienta para fomentar las relaciones interpersonales, explorar la propia identidad o encontrar apoyo en problemas personales sensibles, entre otros (4). A pesar de los indudables beneficios que suponen, algunas personas se muestran incapaces de controlar su utilización. Esto conlleva

serios problemas en la esfera afectiva y psicosocial. De hecho, numerosos estudios han relacionado el uso excesivo de las redes sociales con un riesgo elevado de presentar, por ejemplo: depresión (5), alteración de los patrones del sueño (5), baja autoestima (6), falta de habilidades sociales (7), conflictos en la formación de la personalidad (8) y problemas de identidad (9). Se ha asociado también con el desarrollo de conductas adictivas, que atrapan al adolescente en un mundo virtual aumentando, en última instancia, el aislamiento social y deteriorando las relaciones personales (10). Esta última circunstancia ha inspirado la realización del presente estudio.

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5 (11) ha incorporado una nueva categoría denominada “trastornos adictivos y relacionados a sustancias”. Dentro de ella, se encuentra la subcategoría “trastornos no relacionados a sustancias”, con la que se designa a las llamadas adicciones conductuales. No obstante, este capítulo solo incluye el juego patológico, quedando fuera del manual la adicción a internet. Este hecho, contrasta con la literatura especializada, que defiende su existencia (12) (13) (14). Ante la falta de unos criterios diagnósticos consensuados, los investigadores han diseñado instrumentos de medida para evaluar dicha adicción (15) (16) (17).

A nivel demográfico, los adolescentes representan el grupo que más utiliza las redes sociales y, por ende, el que más riesgo tiene de adicción. En ellas encuentran un lugar donde satisfacer la necesidad de experimentar nuevas sensaciones y emociones fuertes. Como consecuencia, se activan los sistemas de recompensa encefálicos, que asocian su uso a una sensación de placer (refuerzo positivo) (18). En esta línea, un estudio de la Fundación Mapfre (19) revela que un 21,3% de los adolescentes españoles se encuentran en una situación de riesgo de desarrollar conductas adictivas relacionadas con el uso de las redes sociales. Asimismo, se han vinculado estos comportamientos a características propias del adolescente como son: irresponsabilidad, sentimiento de omnipotencia, sensación de normalidad ante conductas de riesgo y tendencia a ver a otros como

los causantes de sus problemas (20). Sin embargo, son pocos los adolescentes que desarrollan este problema puesto que no todos tienen la misma vulnerabilidad a hacer un uso desadaptativo de las redes sociales (21). De hecho, numerosos estudios han evidenciado la existencia de factores que predisponen a adoptar estas conductas:

Factores personales

Determinados rasgos de la personalidad se han relacionado con una susceptibilidad psicológica a las adicciones. De ellos, Echeburúa (21) destaca los siguientes: impulsividad, disforia, intolerancia a los estímulos displacenteros (tanto físicos como psíquicos), estilo de afrontamiento de las dificultades inadecuado y búsqueda exagerada de emociones fuertes (acceder a contenidos violentos, llevar a cabo actividades expresamente prohibidas, etc.). Otros autores han demostrado la existencia de puntuaciones más altas tanto en la búsqueda de novedades (22) como en la presencia de pensamientos negativos (23). A veces, en la adicción subyace un problema en la percepción que tiene el adolescente sobre sí mismo (baja autoestima, insatisfacción personal, rechazo de la imagen corporal, timidez excesiva etc.) o una falta de habilidades sociales (24). El uso problemático se ha correlacionado positivamente con neuroticismo e introversión, y negativamente con afabilidad y responsabilidad (25). Además, los problemas psiquiátricos previos (TDAH, fobia social, depresión) también se comportan como factores de riesgo. En los últimos años, el fear of missing out (FoMO) ha captado la atención de los investigadores. Przybylski et al. (26) lo describen como la sensación de malestar experimentada al saber que otras personas están viviendo experiencias gratificantes de las cuales uno está ausente. Esto genera el deseo de estar continuamente conectado con lo que otros están haciendo. Las redes sociales se convierten en un medio para satisfacer dicha necesidad. En este sentido, Frederic et al. (27), encontraron una asociación entre el grado de FoMO percibido y la adicción a las redes sociales.

Por último, cabe mencionar la existencia de adicciones a las redes sociales secundarias. Un buen ejemplo de esto, es la adicción al sexo, en la que estas actuarían como un proveedor de conductas reforzantes (pornografía, búsqueda de relaciones sexuales, cibersexo, etc.) (28).

Factores familiares

El entorno familiar influye en la adquisición de hábitos de conducta saludables. Así, por ejemplo, el control y la restricción por parte de los padres se han relacionado con conductas digitales de riesgo (29). Por el contrario, las familias desestructuradas, con normas inexistentes e incongruencia entre el modelo paterno y materno, conducen a sus hijos hacia comportamientos impulsivos y caprichosos. Además, el escaso apoyo emocional y la incomunicación pueden favorecer la búsqueda de relaciones inapropiadas en las redes sociales que suplan estas carencias (21).

Factores socio-educativos

Diversos estudios han constatado el papel del profesorado en la educación del ocio juvenil (30). Una ocupación adecuada del tiempo libre limita las posibilidades de que el menor se vea implicado en conductas adictivas. De esta forma, no contar con alternativas de ocio saludables y variadas predispone al uso excesivo de las redes sociales (21).

Objetivo

La presente investigación pretende profundizar en el conocimiento pormenorizado del perfil psicológico y social de los adolescentes que hacen un uso problemático de las redes sociales e internet (RSI). Nuestro objetivo es comprobar si las dificultades en las relaciones interpersonales y el grado de FoMO se comportan como factores predictores del riesgo de adicción a las redes sociales en los adolescentes.

Se establecieron como hipótesis que hay mayor riesgo de adicción en los más jóvenes, con dificultades de relación, tanto cuando dichas dificultades se dan entre iguales, con el otro sexo como con las relaciones familiares. Es controvertido la influencia del género en el uso problemático de internet como ya plantea Shek-Yu (31).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo la presente investigación se empleó un diseño no experimental de tipo transeccional correlativo. Este nos permitió evaluar el efecto de nuestras variables dependientes (nivel de dificultades interpersonales y de FoMO) sobre la variable independiente (riesgo de adicción a redes sociales e internet). Para la obtención de la muestra empleamos un muestreo no probabilístico de tipo intencional.

Participantes

La población de estudio fueron los alumnos matriculados en un instituto público de la localidad burgalesa de Aranda de Duero. El número de habitantes de este municipio según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (32) es de 32.523. La distribución por edades de los adolescentes queda reflejada en la Tabla 1. En esta localidad hay tres institutos públicos que cuentan con la formación tanto en Educación Secundaria Obligatoria (ESO) como en Bachillerato y uno de ellos también oferta estudios de Formación Profesional (FP). Además, hay cuatro institutos privados, de los cuales, dos ofrecen ESO y otros dos ESO, Bachillerato y FP.

Se escogió un instituto público con formación en ESO y Bachillerato para tener individuos con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. En él había 411 alumnos matriculados. De ellos, 207 eran hombres y 204 mujeres. Su distribución por edades era la siguiente: 184 alumnos tenían entre 12-14 años (44,7%), 121 entre 15-16 años (29,4%) y 106 entre 17-18 años (25,8%). Se recogió información de 240 individuos. Hubo un total de 18 respuestas nulas, quedando una muestra final N=222 (100 mujeres y

122 hombres), con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años ($M=14,62$; $DT=1,70$). Los porcentajes de participación por edades fueron los siguientes: 12-14 años (65%), 15-16 años (51%) y 17-18 años (38%). No hay diferencias significativas en la participación por sexo (54,95% muestra de hombres vs 51% de hombre INE, $t=1,182$ sig bilat 0,239; ni vs 50,36% de hombres del centro escolar, $t=1,373$ sig bilat=0,171). Pero hay diferencias por edad, grupo de 12-14 años (54% de la muestra vs 42% de la población INE, $t=3,596$ sig bilat=0,000 y vs 44,7% de la población del centro $t=2,790$ sig bilat=0,005), en el grupo de 15-16 años (28% de la muestra vs 27% de la población INE, $t=0,307$ sig bilat=0,759 y vs 29,4% de la población del centro, $t=-0,488$ sig bilat=0,626) y el grupo de 17-18 años (18% de la muestra vs 31% de la población INE, $t=-5,021$ sig bilat=0,000 y vs 25,8%, $t=-3,001$ sig bilat=0,003).

Por otra parte, se recogió información sobre el número de hermanos y sobre el número de redes sociales en las que estaban registrados. Para esto último se planteó una pregunta de selección múltiple en la que aparecían las trece redes sociales más utilizadas en España durante el 2018 (33).

Instrumentos

Se van a utilizar tres escalas validadas (15) (34) (35), que serán aplicadas en una muestra de individuos con edades comprendidas entre 12 y 18 años.

Las variables a estudio se midieron mediante los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales (CEDIA). Se trata de un inventario de autoinforme creado por Inglés et al. (36) con el fin de detectar el nivel de dificultad

Tabla 1. Población adolescente de Aranda de Duero clasificada por sexo y edad.

	12-14 años	15-16 años	17-18 años	Total
Mujeres	437 (20%)	296 (14%)	333 (15%)	1066 (49%)
Hombres	482 (22%)	285 (13%)	336 (16%)	1103 (51%)
Total	919 (42%)	581 (27%)	669 (31%)	2169 (100%)

que presentan los adolescentes (de 12 a 18 años) en sus relaciones interpersonales. Está compuesto por 39 ítems distribuidos en 5 factores: aserción, relaciones con el otro sexo, relaciones con iguales, hablar en público y relaciones familiares. Las preguntas evalúan una amplia gama de relaciones con personas de diferente edad, género, nivel de autoridad y grado de confianza, en diversos contextos (familia, escuela, amigos, compañeros del sexo opuesto) y situaciones (en la calle, en tiendas o en edificios públicos). El encuestado califica su grado de dificultad en una escala Likert de 5 puntos (0 = ninguna dificultad; 4 = máxima dificultad).

- Adaptación española de la Fear of Missing Out scale (FoMO) (27). Elaborado originalmente por Przybylski et al. (26), este autoinforme se utiliza para evaluar el FoMO. Está compuesto por 10 ítems con 5 posibles respuestas tipo Likert, donde 1 corresponde a nada y 5 a mucho. Hay versión abierta
- Escala de Riesgo de Adicción-adolescente a las Redes Sociales e Internet (ERA-RSI). Este autoinforme, creado por Peris et al (15), tiene como objetivo detectar conductas de riesgo de adicción a RSI en adolescentes de entre 12 y 17 años. Su construcción está basada en los criterios DSM-5 para adicciones no tóxicas, adaptándolos a adolescentes y a la temática evaluada. Consta de 29 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos en la que 1 corresponde a nunca o casi nunca y 4 a muchas veces o siempre. Estos se agrupan en cuatro subescalas que integran las conductas adictivas más cotidianas: síntomas-adicción (valora conductas de adicción a sustancias no tóxicas), uso-social (evalúa conductas habituales de la “socialización virtual”), rasgos-frikis (recoge aspectos propios como unirse a grupos con un interés específico, ser usuario de juegos virtuales y/o de rol, tener encuentros sexuales, etc.) y nomofobia (miedo irracional a estar sin el teléfono móvil). Los resultados se interpretan con un baremo de percentiles obtenido a partir de las puntuaciones directas. De esta forma, las puntuaciones $\geq$ al

percentil 75 abren la sospecha de riesgo de adicción a las RSI, las $\geq$ al percentil 85 señalan riesgo de adicción y, por último, aquellas $\geq$ al percentil 95 indican riesgo muy elevado de adicción. Siendo diferente por sexo estableciéndose en el estudio de referencia el límite de 67 para riesgo en Hombre y 74 para riesgo en Mujeres, que corresponden al percentil 75.

Procedimiento

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud Valladolid Oeste.

Por otra parte, se redactó una hoja informativa para padres y/o tutores, Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA), profesores y responsables del centro educativo. Como parte del proceso de autorización para realizar el estudio en el centro educativo. Donde además de la carta informativa nos reunimos con el director y el orientador. Estos fueron informados sobre los objetivos de la investigación y de cómo se desarrollaría esta. Fue aprobado tanto por la dirección como por la presidenta del AMPA, que además de autorizar facilitaron la difusión entre los padres.

La recogida de información fue realizada en los meses de marzo y abril de 2019.

Los cuestionarios fueron digitalizados a través de la plataforma Formularios Google. Para su distribución, la Jefatura de Estudios reunió a los tutores del centro y les informó acerca de la investigación. La administración de las encuestas se hizo durante las horas de tutoría. Para ello, lo primero que se hizo fue informar a los alumnos de los objetivos del estudio y de que la participación era voluntaria y anónima. Después se repartió una hoja a cada uno donde aparecía el enlace que daba acceso al formulario y se dieron las instrucciones precisas para que la cumplimentaran desde sus dispositivos móviles particulares. Ninguno de los alumnos se negó a participar en la investigación. La encuesta no pudo llegar a todas las aulas del instituto porque hubo tutores que no tuvieron disponibilidad de horarios en el periodo de tiempo que estuvo abierta.

Análisis estadístico

Primero se realiza un análisis descriptivo de nuestras variables y, posteriormente, se pasó a estudiar la forma en que se correlacionaban entre sí. Para ello, en primer lugar se hizo un Análisis de Componentes Principales (ACP). Este se comporta como un análisis multivariante y nos es útil porque reduce la dimensionalidad del estudio, simplificando la representación de las asociaciones. De esta forma, nuestros datos quedan descritos en términos de dos nuevas variables que agrupan la mayor parte de la variabilidad (varianza) de los datos: Componente Principal 1 (PC1), que se representa en el eje X y Componente Principal 2 (PC2), representado en el eje Y.

El manejo estadístico de los resultados se hizo en dos pasos:

1. **Análisis de Componentes Principales (ACP).** Nos permite conocer la forma en que se correlacionan nuestras variables a estudio. Se comporta, por lo tanto, como un análisis multivariante. Para su realización se utilizó el programa RStudio v1.2.1511-1.
2. **Prueba t de Student.** Es un test para el estudio de asociación entre variables. Nos da el nivel de significación estadística y la magnitud de las diferencias entre las medias de dos grupos. Se calculó con el programa Microsoft Excel 2007.

El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$. En la revisión estadística se utilizó SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

RESULTADOS

Los datos demográficos de nuestra muestra aparecen recogidos en la Tabla 2. De un total de 222 individuos, 100 fueron mujeres (45%) y 122 hombres (55%). El grupo etario más representado fue el de 12-14 años (54%) y el menos representado el de 17-18 años (18%).

Como ya se explica en los participante, no hay diferencia en la muestra por sexo (Media=1,55 Desv 0,499; $t=1,182$ Sign bil= 0,239). Pero está sobrerrepresentado el grupo de menor edad e infrarrepresentado el de mayor edad.

En la Figura 1 vemos recogidos los datos referidos a las redes sociales en las que estaban registrados los individuos de nuestra muestra. Whatsapp fue la que mayor número de individuos agrupó (99,1%), seguida de Youtube (85,1%), Instagram (85,1%), Google + (48,2%) y Snapchat (46,4%). Solo un individuo tenía creado un perfil en LinkedIn. El 2,7% está en una sola red y el 26,1% tienen 3 o menos redes sociales.

En cuanto al número de redes sociales en las que estaban registrados no hay diferencias significativas por sexo (H media= 5,48 y $dt=2,340$ y M media=4,89 $dt=2,382$; con $t=1,840$ y sig bilat 0,067) ni cuando se realizan dichos análisis por grupos de edad (ver Tabla 3).

Sin embargo, hay un incremento por edad en el nº de redes sociales pasado en el hombre de 4,83 en los menores de 15 años a 6,06 en los de 15 o más años y en la mujer de 4,21 a 6,00. Siendo las diferencias significativas ($t=3,006$, sig bilat 0,003; $t=3,901$ sig bilat 0,000; respectivamente).

Y mientras las diferencias entre los Hombres entre 12-14 años y 15-16 años no son significativas

Tabla 2. Nº y % participación por edad y sexo.

	12-14 años	15-16 años	17-18 años	Total
Hombres (H)	58 (26%)	33 (15%)	31 (14%)	122 (55%)
Mujeres (M)	62 (28%)	29 (13%)	9 (4%)	100 (45%)
Total	120 (54%)	62 (28%)	40 (18%)	222 (100%)

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas del número de redes sociales según edad y sexo y significación de las diferencias por sexo en los grupos de edad.

Grupo edad	Sexo	N	MEdia	Desv. Desviación	F	Sig.	t	gl	Sig bilat (p)
12-14 AÑOS	H	58	4,83	1,957	0,265 *	0,607	1,747	118	0,083
	M	62	4,21	1,917					
15-16 AÑOS	H	33	5,15	1,922	4,413 *	0,040	-0,389	60	0,698
	M	29	5,38	2,665	**		-0,381	50,266	0,705
17-18 AÑOS	H	31	7,03	2,726	2,843 *	0,100	-1,019	38	0,315
	M	9	8,00	1,414					

* Se asumen varianzas iguales; ** No se asumen varianzas iguales, Sig bilat (p)=significación bilateral

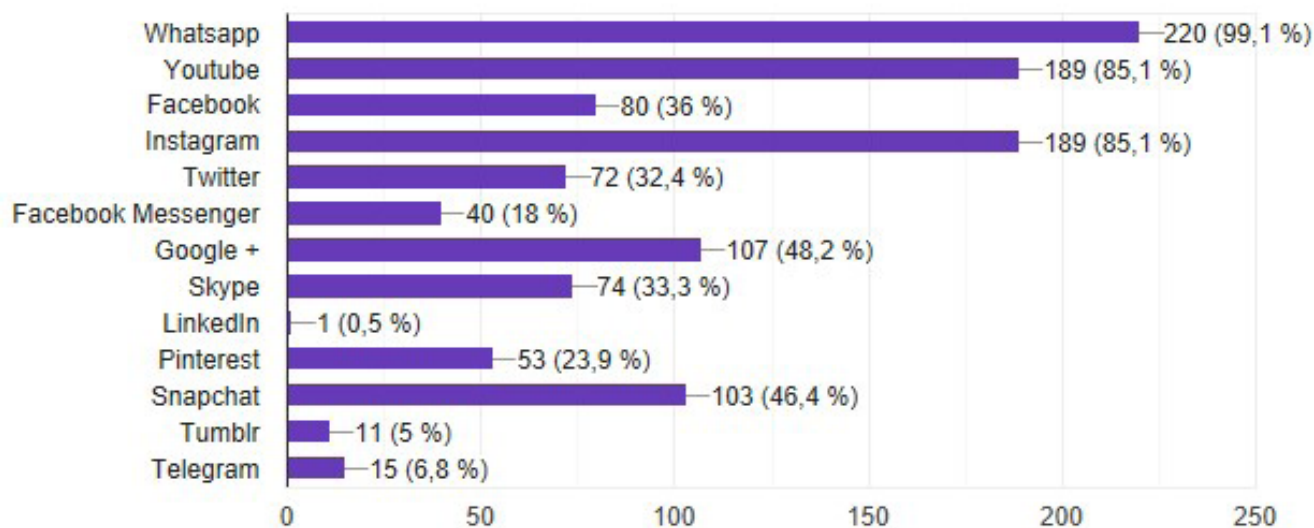


Figura 1. Se muestran el número y el porcentaje de individuos que se encuentran registrados en cada una de las redes sociales..

(media=4,83 vs 5,15; $t=-0,764$ sig bilat=0,447) en la Mujer son significativas (media=4,21 vs 5,38; $t=-2,384$ sig bilat=0,019), mientras que el incremento entre los grupos de edad de 15-16 años frente a los de 17-18 años el incremento es significativo tanto para los Hombres como para las Mujeres (Hombre

media=5,15 vs 7,03, $t=-3,205$, sig bilat 0,002; Mujer media=5,38 vs 8,00, $t=-2,812$ sig bilat=0,008).

No hay diferencias en la escala ERA-RSI por sexo (H media=58,93 dt=9,78 y M media=58,06 dt=11,07; $t=0,625$ sig bilat=0,533), ni por grupos de edad, menores de 15 años media=57,83 y mayor o igual a

15 años media=57,83, sin diferencias significativas ($t=1,103$, sig bilat=0,271). Ni tampoco existen diferencias cuando se separan por grupos de edad y sexo.

Los resultados de ERA-RSI se transformaron según su baremo, de manera que la muestra quedó dividida en cuatro grupos según el riesgo de adicción a RSI: sin riesgo, sospecha de riesgo, riesgo y riesgo muy elevado. Basándonos en estudios previos (7)(37) y con el fin de facilitar el manejo de los datos, se redujo el número de grupos a dos: no riesgo de adicción a RSI y riesgo de adicción a RSI (que agrupaba sospecha de riesgo, riesgo y riesgo muy elevado).

Una vez se tuvo la muestra dividida de esta manera, se construyó la Tabla 4, clasificando a los individuos según su riesgo de adicción, edad y sexo, utilizando un corte diferenciado por sexo según la publicación de referencia (15) o utilizando el criterio de Pc75 según sexo que en ambos sexos es de una puntuación de 65.

Cuando se analiza la media de ERA-RSI usando el mismo punto de corte para ambos sexos no hay diferencias significativas por sexo ni en el grupo sin riesgo (H n=88, media=54,11 dt=6,26 vs M n=74 media=53,22 dt=7,80; $t=0,797$ y sig bilat=0,427) ni en el grupo de riesgo (H n=34 media=71,41 dt=5,04 vs M n=26 media=71,85 dt=6,34 con $t=-0,296$ sig bilat=0,768).

La escala ERA-RSI está conformada por cuatro factores referidos a diferentes conductas de riesgo. En

la Tabla 5 se recogen los valores de media y desviación típica para cada una de estas dimensiones según sexo y edad. El primero de ellos, Síntomas-adicción, que en el grupo de menos edad, 12-14 años, existen diferencias por sexo, siendo mayores en el hombre (H media=19,62 dt=4,62 y M media=17,60 dt=4,40; $t=2,459$ sig bilat=0,015), pero sin diferencias en otros grupos. El factor Uso-social también muestra diferencias en este grupo de edad, con mayor intensidad en el hombre (H media=18,24 dt=3,36, M media=16,50 dt=4,10; $t=2,535$ sig bilat=0,013), pero no en el resto. El factor Rasgos-frikis, presenta diferencias significativas por sexo en el grupo 12-14 años (H media=7,84 dt=2,09 vs M media=10,34 dt=2,89; $t=-5,388$ sig bilat=0,000) como en el grupo de 15-16 años (H media=7,94 dt=2,09 vs M media=10,69 dt=2,52; $t=-4,64$ sig bilat=0,000), siendo mayor la intensidad en la mujer. No hay diferencias por Nomofobia en ningún grupo de edad y sexo.

En el Análisis de Componentes Principales (ACP) se introdujeron los resultados de las variables independientes (sexo, edad, número de hermanos, número de redes sociales y riesgo de adicción a RSI) en el eje de coordenadas en forma de una nube de puntos, Las variables dependientes (FoMO y CEDIA) quedan representadas en el gráfico como vectores en función de PC1 y PC2, Observamos, por tanto, la medida en que FoMO y CEDIA se pueden explicar en

Tabla 4. Número de individuos con/sin riesgo de adicción a RSI según diferentes criterios por edad y sexo. Entre paréntesis se muestra el porcentaje respecto al total de cada grupo de edad.

Edad	12-14 años (N=120)			15-16 años (N=62)			17-18 años (N=40)		
	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total
Riesgo de adicción a RSI (H>67 y M>74)	15 (25,9)	6 (9,7)	21 (17,5)	7 (21,2)	4 (13,8)	11 (17,7)	6 (19,4)	1 (11,1)	7 (17,5)
Riesgo de adicción a RSI (Total>65)	18 (31,0)	14 (22,6)	32 (26,7)	7 (21,2)	10 (34,5)	17 (27,4)	9 (29,0)	2 (22,2)	11 (27,5)
Total	58	62	120	33	29	62	31	9	40

Tabla 5. Medias y desviaciones típicas en las dimensiones de la ERA-RSI, señalando las diferencias significativas

	12-14 años		15-16 años		17-18 años	
	Hombres M (DT)	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	Mujeres M (DT)	Hombres M (DT)	Mujeres M (DT)
Síntomas-adicción (4-36)	17,60 (4,39)	19,62 (4,62)	20,17 (4,34)	19,64 (3,81)	20,56 (2,92)	20,39 (4,44)
	t=2,459 Sig bilat=0,015		No diferencias		No diferencias	
Uso-social (4-32)	16,5 (4,1)	18,24 (3,35)	17,24 (2,81)	18,88 (4,36)	18 (1,80)	17,48 (2,73)
	t=2,535 Sig bilat=0,013		No diferencias		No diferencias	
Rasgos-frikis (4-24)	10,34 (2,89)	7,84 (2,09)	10,69 (2,52)	7,94 (2,09)	9,67 (3,00)	8,58 (1,89)
	t=-5,388 Sig bilat=0,000		t=-4,64 Sig bilat=0,000		No diferencias	
Nomofobia (4-24)	12,45 (3,44)	13,14 (3,058)	11,83 (3,42)	12,33 (3,70)	11,89 (2,85)	12,81 (2,73)
	No diferencias		No diferencias		No diferencias	

función de nuestras variables independientes, según la nube de puntos se dirija más hacia un vector u otro,

En la Figura 2 se presentan los resultados del ACP, del que cabe destacar lo siguiente:

-Gráfica 1, Las mujeres de nuestro estudio (rojo) se dirigen más que los hombres (azul) hacia FoMO y CEDIA,

- Gráfica 2, Entre los 12-14 años (rojo) los individuos se agrupan en mayor medida en torno a FoMO, Los de 15-18 años (azul y verde) parecen explicar más CEDIA,

- Gráfica 3, Los sujetos con más de un hermano (azul) se agrupan en torno a CEDIA y los que tienen ninguno o uno lo hacen entorno a FoMO,

- Gráfica 4, Los individuos que utilizan entre 10 y 13 redes sociales (azul) explican en mayor medida CEDIA y los que utilizan entre 6 y 9 (verde) FoMO,

- Gráfica 5, El riesgo de adicción a RSI (azul) se desvía con claridad hacia FoMO,

Figura 2, Análisis de Componentes Principales en función del sexo (1), edad (2), número de hermanos (3), número de redes sociales (4) y riesgo de adicción a RSI (5), Por último, empleamos la prueba t de Student para muestras independientes, Esta nos permitió estudiar la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas para CEDIA y sus diferentes factores, comparando el grupo sin riesgo de adicción a RSI con el de riesgo de adicción a RSI. Los resultados se recogen en la Tabla 6, Tanto para las dificultades en las relaciones familiares como para FoMO se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias, siendo estas más altas en el grupo de riesgo, El resto de factores, excepto relaciones con el otro sexo, también presentaron medias mayores en el grupo de riesgo, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p>0,05$),

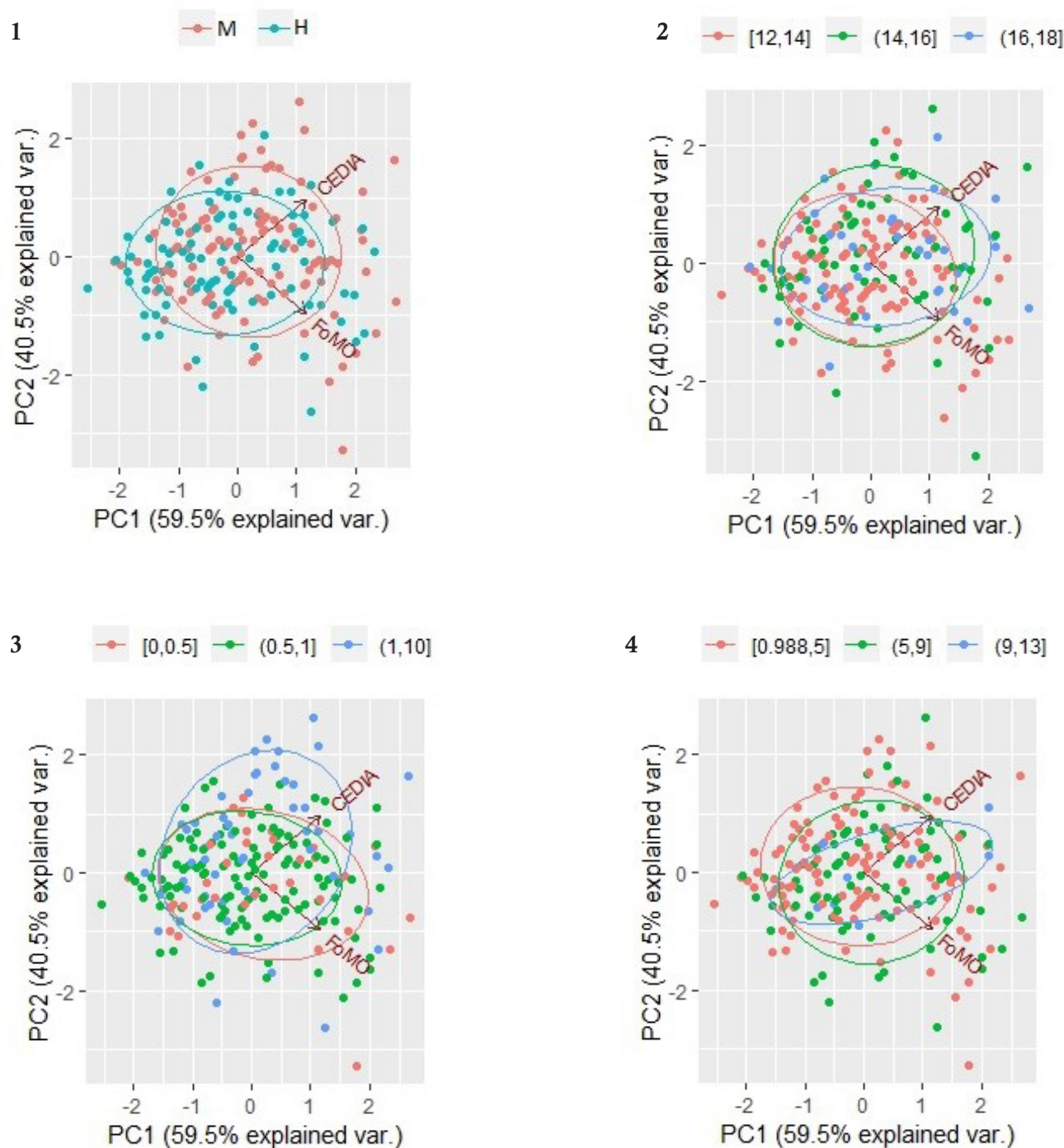


Figura 2. Análisis de Componentes Principales en función del sexo (1), edad (2), número de hermanos (3), número de redes sociales (4) y riesgo de adicción a RSI (5)

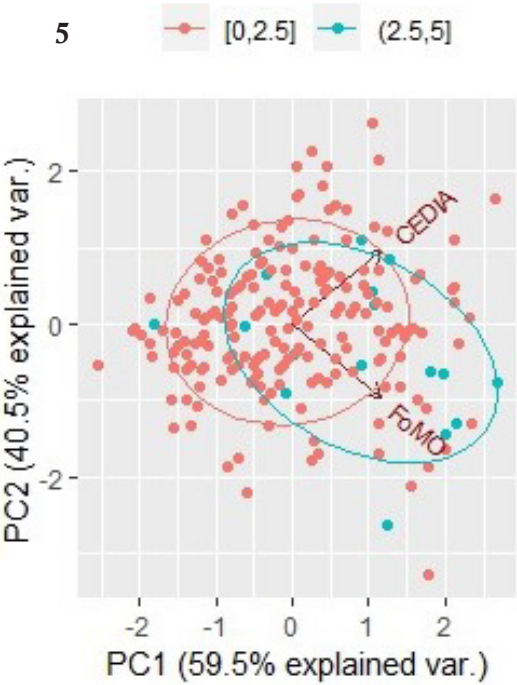


Figura 2. (Continuación)

El objetivo principal de este trabajo era comprobar si FoMO y las dificultades en las relaciones interpersonales podrían ser predictores del riesgo de adicción a las RSI. Con los datos aportados podemos confirmar que el FoMO es un factor relacionado, pero solo las dificultades familiares se relacionan con la adicción a las RSI y no todo tipo de relación, como plantea Echeburúa et al (21) proponiendo lo que denomina el analfabetismo relacional.

Por otra parte, hay que destacar la relación encontrada entre FoMO y ERA-RSI. En el ACP hemos observado como FoMO podía explicarse por el riesgo de adicción a RSI, como se explica en la gráfica 5 de la figura 2. Además, en el estudio de asociación entre variables hemos encontrado significancia estadística para la diferencia de las medias de FoMO en los grupos con y sin riesgo. Esto apunta en el mismo sentido que las investigaciones de Gil et al, (34) y de Shek et al, (31) en las que FoMO es un aspecto fundamental en la conducta adictiva. y Franchina et al, (38) que lo relaciona con el uso problemático de las redes sociales. Dicho de otra manera, los adolescentes con

Tabla 5. Media (DT) de Cedia con subescalas y FoMO según riesgo de adicción medido por RA-RSI

Factores o variables	No riesgo de adicción a RSI	Riesgo de adicción a RSI	t	Sign bilat (p)
	M (DT)	M (DT)		
CEDIA total (rango: 0-144)	45,01 (20,93)	48,61 (21,28)	-0,89	0,376
1, Aserción (rango: 0-64)	18,83 (10,27)	18,98 (10,71)	-0,07	0,946
2, Relaciones con el otro sexo (rango: 0-28)	11,33 (5,35)	10,87 (5,35)	0,44	0,655
3, Relaciones con iguales (rango: 0-16)	3,94 (3,65)	5,16 (4,19)	-1,70	0,092
4, Hablar en público (rango: 0-20)	8,15 (4,70)	8,35 (4,96)	-0,22	0,825
5, Relaciones familiares (rango: 0-16)	2,74 (2,92)	5,26 (4,4)	-4,11	,000
FoMO (rango: 10-50)	19,77 (7,05)	28,29 (7,95)	-6,93	,000

mayor miedo a perderse algo son más propensos a hacer un uso desadaptativo de las redes sociales.

Por último, la puntuación total obtenida en CEDIA no se relacionó significativamente con el riesgo de adicción a ERA-RSI, Tampoco sus diferentes factores, con la excepción de relaciones familiares que alcanzó una diferencias significativas. Por lo tanto, las dificultades en las relaciones interpersonales no parecen predecir el riesgo de adicción a RSI, En la bibliografía encontramos resultados opuestos en este aspecto, Echeburúa (21) e Ikemiyashiro (39) evidenciaron que el uso excesivo de las redes conllevaba un empobrecimiento en las habilidades sociales,

A nivel de la muestra era homogénea en lo referido al sexo (45% mujeres y 55% hombres) pero heterogénea en lo que respecta a la edad (54% entre 12-14 años, 28% entre 15-16 años y 18% entre 17-18 años), La distribución en edad de la población adolescente de Aranda de Duero es 42%, 27% y 31%, respectivamente, según los últimos datos de INE (Instituto Nacional de Estadística), aunque son del 2011. Y la menor participación en el grupo de 17-18 años, del 38% frente al 65% del grupo de 12-14 años se debió a la falta de disponibilidad de los cursos de Bachillerato para distribuir la encuesta y, por tanto, por dificultades en la accesibilidad a dichas edades más que a rechazo o negativa.

En cuanto a las redes sociales más utilizadas, nuestros resultados se superponen a los del Estudio Anual de Redes Sociales elaborado por IAB Spain (33), siendo Whatsapp, Youtube e Instagram las que más usuarios aglomeraban, El grupo etario que más redes utilizaba, (H media=7,03 y M media=8,0), fue el de 17-18 años. Y aunque no hay diferencias por sexo en el nº de redes utilizadas, aumentan más temprano en la mujer, como sería esperable por su desarrollo general más precoz. Sin embargo no coinciden con los de estudios previos (15) (40) en los que las mujeres tenían más perfiles en redes sociales que los hombres. Aunque es difícil comparar con estudios previos ya que la evolución en redes es brutal. Así en el estudio de Espinar-Ruiz et al (40), de hace 10 años, Tuenti era la red preferida de los jóvenes entre 14 y 25 años, red que desapareció en el 2016, y entonces el 44,7% de los encuestados solo formaban parte de una red virtual, frente a un exiguo 2,7% de nuestra muestra.

El incremento del uso de redes asociado a la edad no supone un incremento de riesgo de adicción evaluado con la ERA-RSI. Así, los de 12 a 16 años usaban menos redes, pero presentaron igual nivel de riesgo de adicción. Y aunque autores como Shek et al, (41) en un estudio de seguimiento de 6 años de más de 3000 adolescentes entre 10 y 18 años, observan un descenso del riesgo asociados a la edad y mayor prevalencia de adicción a internet en los chicos. Proponen el desarrollo positivo global como estrategia de prevención, relacionándolo negativamente con adicción a internet.

No está claro el uso de punto de corte diferenciado por sexo en el ERA-RSI como propone Peris Hernández et al (15). La utilización del punto de corte propuesto provoca una menor prevalencia al ser más exigente para la mujer. Si utilizamos el Pc75 de la muestra, esas diferencias por sexo desaparecen.

En cuanto al análisis por factores del ERA-RSI coincide con Peris et al (15) los hombres puntuaron más alto en rasgos-frikis que las mujeres y las mujeres más síntomas de adicción y de uso social. Aunque esto no se produce en todos los grupos de edad y además la nomofobia aunque es mayor en la mujer en nuestro estudio no hay diferencias significativas

CONCLUSIONES

El presente estudio se centra en el análisis de los factores que predisponen a la adicción a las redes sociales en adolescentes de entre 12-18 años. La pregunta de partida fue la siguiente: ¿las dificultades en las relaciones interpersonales y el Fear of Missing Out (FoMO) podrían comportarse como predictores de la adicción a redes sociales e internet (RSI)?

La importancia del FoMO en el desarrollo de conductas adictivas y el uso problemático de redes sociales parece predictor y elemento esencial para dichos conceptos. Y podría emplearse como predictor del riesgo a desarrollar adicción a redes sociales.

El uso de redes sociales por sí mismo no es un factor determinante para la existencia de malas relaciones sociales, ya que puede ser la expresión de nuevas formas de relación y, por tanto, no implica unas malas habilidades relacionales. En nuestro estudio se avala que el aumento

de número de redes sociales provoca un aumento de dificultades relacionales, pero solo a nivel familiar.

Las redes sociales más empleadas por esta población fueron Whatsapp, Youtube e Instagram. Y los sujetos de 17-18 años utilizan de media más redes sociales que los de 12-16 años pero presentan similares niveles en el riesgo de adicción.

En el riesgo de adicción no se observan diferencias por edad ni por sexo. Y en la escala ERA-RSI el uso de puntos de corte diferentes por sexo para valorar riesgo de adicción parecen haber perdido importancia y será preciso evaluar en muestras más amplias

El conocimiento de los factores de alarma del uso descontrolado de las redes sociales nos parece imprescindible para poder implementar programas dirigidos a su prevención. No hay que olvidar que determinadas características de la personalidad como la introversión o la baja autoestima, así como determinadas patologías psiquiátricas (depresión, fobia social, etc.) constituyen una problemática sustancial de cara al desarrollo de conductas adictivas. Es decir, es necesaria una cognición y una emoción para el desarrollo de conductas de uso-abuso de redes que produzcan adicción.

Finalmente, consideramos fundamental un compromiso político encaminado a dotar a los docentes de las competencias digitales para orientar a los adolescentes. Dificilmente un profesorado con escasas habilidades digitales, como refleja el estudio realizado por la Universidad de Salamanca en el profesorado de educación primaria de Castilla y León (42), va a conseguir entender y manejar los riesgos, educando en el uso responsable de dichos medios digitales.

Limitaciones

Los hallazgos del presente estudio preliminar deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones metodológicas:

- La muestra era pequeña (N=222) y se obtuvo de un único centro escolar. Esto último nos limitó a la hora de conformar los subgrupos por edades, obligándonos a agrupar a los individuos en tres grupos (12-14 años, 15-16 años, 17-18 años),
- La participación en el grupo de 17-18 años fue baja (38%),

- No conocemos el nivel de absentismo escolar.

Por estos motivos, nuestra muestra puede no ser representativa de los adolescentes escolares y nos limita a la hora de generalizar los resultados a otros centros o a otras poblaciones.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

Sin financiación. Es fruto de trabajo de Fin de grado.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

REFERENCIAS

1. Bernete F. Usos de las TIC, Relaciones sociales y cambios en la socialización de las y los jóvenes. *Rev Estud Juv.* 2010;88:97-114.
2. Elogia. Estudio Anual de Redes Sociales (versión completa). Spain: Interactive Advertising Bureau (IAB Spain); 2018. <https://iabspain.es/estudio/estudio-anual-de-redes-sociales-2018-version-larga/>
3. Tesouro Cid M, Palomanes Espadalé ML, Bonachera Carreras F, Martínez Fernández L. Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tend Pedagógicas.* 2015 Oct 23;21(0):211-24.
4. Arab LE, Díaz GA. Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2015 Jan 1;26(1):7-13. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>
5. Padilla-Romero C, Ortega-Blas J. Adicción a las redes sociales y sintomatología depresiva en universitarios. *CASUS Rev Investig Casos En Salud.* 2017 May 26;2(1):47-53. [accessed 17 Aug 2019] <https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/31>
6. Berry N, Emsley R, Lobban F, Bucci S. Social media and its relationship with mood, self-esteem and paranoia in psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 Dec;138(6):558-70. <https://doi.org/10.1111/acps.12953>
7. Herrera Harfuch MF, Pacheco Murguía MP, Palomar Lever J, Zavala Andrade D. La Adicción a Facebook Relacionada con la Baja Autoestima, la Depresión y la Falta de Habilidades Sociales. *Psicol Iberoam.* 2010;18(1). <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=133915936002>
8. Otero IP, Salguero FL. Estudio sobre las redes sociales y su implicación en la adolescencia. *Enseñ Teach Rev Interuniv Didáctica.* 2014 Jan 10;32(1):43-57-57. <https://doi.org/10.14201/et20143214357>
9. Subrahmanyam K, Smahel D. *Digital Youth.* New York, NY: Springer New York; 2011. (Advancing Responsible Adolescent Development). [accessed 17 Aug 2019] <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-6278-2>

10. Echeburúa E, Corral de P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*. 2010 06-01;22(2):91–96. <https://doi.org/10.20882/adicciones.196>
11. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Buenos Aires [etc.: Editorial Médica Panamericana; 2018.
12. García del Castillo JA. Adicciones tecnológicas: El auge de las redes sociales. *Salud Drog*. 2013; <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83928046001>
13. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *Cyberpsychol Behav*. 1998 01-01;1(3):237–244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
14. Griffiths MD. Griffiths, M.D. (1999). Internet addiction: Fact or fiction? *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 12, 246-250. https://www.academia.edu/429664/Griffiths_M.D._1999_.Internet_addiction_Fact_or_fiction_The_Psychologist_Bulletin_of_the_British_Psychological_Society_12_246-250
15. Peris M, Maganto C, Garaigordobil M. Escala de riesgo de adicción-adolescente a las redes sociales e internet: fiabilidad y validez (ERA-RSI). *Rev Psicol Clínica Con Niños Adolesc*. 2018;5(2):30–36. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.4>
16. Monje JB, Fernández AR, Basterretxea JJ, Pedrosa I. Adicción a las redes sociales: Creación y validación de un instrumento de medida. *Rev Investig Divulg En Psicol Logop*. 2013;(1):2–8.
17. Sahin C. Social Media Addiction Scale-Student Form: The Reliability and Validity Study. *Turk Online J Educ Technol - TOJET*. 2018 Jan;17(1):169–82.
18. Sánchez-Carbonell X, Beranuy M, Castellana M, Chamarro A, Oberst U. La adicción a Internet y al móvil: ¿moda o trastorno? *Adicciones*. 2008 Jun 1;20(2):149–60. <https://doi.org/10.20882/adicciones.279>
19. Tecnoadicción. Más de 70.000 adolescentes son tecnoadictos. *Segur Medio Ambiente*. 2014;(1):66–9.
20. García BC, López MCL de A, Jiménez AG. Los riesgos de los adolescentes en Internet: los menores como actores y víctimas de los peligros de Internet. *Rev Lat Comun Soc*. 2014;(69):23–4.
21. Echeburúa Odriozola E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Rev Esp Drogodepend*. 2012;(4):435–48.
22. Estévez L, Bayón C, Cruz J de la, Liria AF. Uso y abuso de internet en adolescentes. In: *Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes*, 2009, ISBN 978-84-368-2322-6, págs 101-130. 2009. p. 101–30. [accessed 29 Apr 2019] <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5027205>
23. Castillo JAG del, Terol M del C, Nieto M, Lledó A, Sánchez S, Martín-Aragón M, et al. Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones*. 2008 Jun 1;20(2):131–42. <https://doi.org/10.20882/adicciones.277>
24. Challo Huaytalla KP, Rodríguez Vega S, Jaimes Soncco J. Riesgo de adicción a redes sociales, autoestima y autocontrol en estudiantes de secundaria. *Rev Científica Cienc Salud*. 2016 Aug 1;9(1):9–15. <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i1.542>
25. Puerta-Cortés DX, Carbonell X. El modelo de los cinco grandes factores de personalidad y el uso problemático de Internet en jóvenes colombianos. *Adicciones*. 2014 Mar 1;26(1):54–61. <https://doi.org/10.20882/adicciones.131>
26. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Comput Hum Behav*. 2013;29(4):1841–8. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>
27. Gil F, Oberst U, Valle GD, Chamarro A. Nuevas tecnologías - ¿Nuevas patologías? El Smartphone y el fear of missing out. *Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport*. 2015 Nov 24;33(2). [accessed 29 Apr 2019] <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/277>
28. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Hum Behav*. 2001;17(2):187–95. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)
29. Lin H-T, Chen H-J. Relationships between parental internet intervention, school engagement, and risky online behaviors among adolescents: The moderating role of family cohesion. *J Res Educ Sci*. 2016 12-01;61:205–242. [https://doi.org/10.6209/JORIES.2016.61\(4\).08](https://doi.org/10.6209/JORIES.2016.61(4).08)
30. Dewhirst S, Pickett K, Speller V, Shepherd J, Byrne J, Almond P, et al. Are trainee teachers being adequately prepared to promote the health and well-being of school children? A survey of current practice. *J Public Health*. 2014 Sep 1;36(3):467–75. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt103>
31. Shek DTL, Yu L. Adolescent Internet Addiction in Hong Kong: Prevalence, Change, and Correlates. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016 Feb 1;29(1):S22–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.10.005>
32. Instituto Nacional de Estadística. (Spanish Statistical Office). [accessed 8 May 2019] <https://www.ine.es/>
33. Estudio Anual de Redes Sociales 2018 (versión completa). IAB Spain. [accessed 8 May 2019] <https://iabspain.es/estudio/estudio-anual-de-redes-sociales-2018-version-larga/>
34. Gil F, Oberst U, Valle GD, Chamarro A. Nuevas tecnologías - ¿Nuevas patologías? El Smartphone y el fear of missing out. *Aloma Rev Psicol Ciènc Educ Esport*. 2015;33(2). <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/277>
35. Carrillo FJM, Montesinos MDH, Saura CJI. Cuestionario de evaluación de dificultades interpersonales en la adolescencia. *Psicothema*. 2000;12(3):390–398.
36. Inglés CJ, Méndez FX, Hidalgo MD. Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia. American Psychological Association; 2017. [accessed 26 Sep 2018] <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/t03602-000>
37. Torres ER. Dificultades interpersonales en la adolescencia: Relaciones con ansiedad social. *Trab Fin Grado Univ Miguel Hernández Elche Esp*. 2016;23.
38. Franchina V, Abeele M, van Rooij A, Lo Coco G, Marez L. Fear of Missing Out as a Predictor of Problematic Social Media Use and Phubbing Behavior among Flemish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 10-22;15:2319. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102319>

39. Ikemiyashiro Higa J. Uso de las redes sociales virtuales y habilidades sociales en adolescentes y jóvenes adultos de Lima Metropolitana. Lima-Perú: San Ignacio de Loyola; 2017. <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/2766>
40. Espinar-Ruiz E, González-Río M-J. Jóvenes en las redes sociales virtuales: un análisis exploratorio de las diferencias de género. 2009 Dec; <http://hdl.handle.net/10045/13302>
41. Shek DTL, Yu L. Adolescent Internet Addiction in Hong Kong: Prevalence, Change, and Correlates. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Feb 1;29(1):S22–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.10.005>
42. Pérez Escoda A, Rodríguez Conde MJ. Evaluación de las competencias digitales autopercebidas del profesorado de Educación Primaria en Castilla y León (España). Rev Investig Educ. 2016;34(2). [accessed 11 May 2019] <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=283346043008>

M. Cossio García ^{1*}

E. Castaño García ¹

ORCID ID: [0000-0001-5281-8590](https://orcid.org/0000-0001-5281-8590)

J.A. López-Villalobos ¹

ORCID ID: [0000-0003-1533-628X](https://orcid.org/0000-0003-1533-628X)

1. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

M. Cossio García

Calle Mariana Pineda 1, Ático A, 34003, Palencia (Palencia), España.

Correo electrónico: mcossio@saludcastillayleon.es

ORCID ID: [0000-0003-4447-9968](https://orcid.org/0000-0003-4447-9968)

Estrés percibido por los padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Perceived stress by parents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder kids

RESUMEN

El TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) es un trastorno del neurodesarrollo que tiene potencial influencia sobre el estrés paterno. Nuestra investigación estudia las diferencias en estrés percibido por padres (EPP) con / sin hijos con TDAH y analiza el mejor modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas asociadas al EPP.

Metodología: Diseño de investigación analítico observacional de casos y controles, emparejados por sexo y edad. Muestreo consecutivo de 82 participantes entre 6 y 16 años (41 casos muestra clínica salud mental / 41 controles población general). Evaluación clínica TDAH mediante Escala NICHQ Vanderbilt y estrés de padres mediante la Escala de Estrés Percibido.

Resultados: Los padres de hijos con TDAH tienen más estrés percibido ($d = .532$) y el modelo explicativo que mejor predice EPP está formado por tener hijos con TDAH y tener padres separados ($R^2 = .303$). El mejor modelo de EPP no incluye variables como trastornos de aprendizaje, conducta o emocionales en los hijos, situación de desempleo o edad de los padres.

Conclusiones: El EPP está asociado con el TDAH de los hijos y pudiera mejorar con su tratamiento.

Palabras clave: TDAH, estrés parental, trastorno de conducta, trastornos emocionales, trastornos de aprendizaje.

ABSTRACT

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) is a neurodevelopmental disorder with potential influence over parent stress. Our research studies the differences between perceived stress by parents (PSP) with and without ADHD kids, and also analyses the best explanatory model of clinical, social, economic and academic variables associated to PSP.

Method: Observational analytical investigation design of cases and controls, matched by sex and age. Consecutive sampling of 82 participants between 6 and 16 years old (41 from mental health services / 41 general population). ADHD clinic evaluation was conducted with NICHQ Vanderbilt Scale. Perceived stress by parents was evaluated using PSS (Perceived Stress Scale, Remor).

Results: Parents with ADHD kids have higher levels of perceived stress ($d = .532$). The explanatory model which predicts PSP the best is made up of two variables: having ADHD kids and being separated or divorced. The

best model does not include variables like kids learning disorders, behavior disorders or emotional disorders, neither parents unemployment, sex or age.

Conclusions: Perceived stress by parents is related to ADHD and could be reduced with its treatments.

Keywords: ADHD, parental stress, behavior disorder, emotional disorders, learning disorders.

INTRODUCCIÓN

El estudio se centra en analizar las diferencias en el estrés percibido por padres de hijos que presentan Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y padres con hijos que no lo manifiestan.

El TDAH se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad -impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, presente antes de los 12 años en dos o más contextos y con interferencia en el funcionamiento académico, social o laboral (1).

El TDAH es uno de los trastornos del neurodesarrollo que más investigación ha suscitado en los últimos tiempos. Ello se debe en parte a su elevada prevalencia. Según cifras de una revisión sistemática mundial, en edad infanto-juvenil se observó una prevalencia media del 5.29% (2). En población española se ha estimado un 6,6% (3), con cifras estables en infancia (6.9%), preadolescencia (6.2%) y adolescencia (6.9%) (4). Otra parte del interés que genera se relaciona con la interferencia que ejerce en múltiples dominios de la vida de las personas que lo presentan (5). Se ha constatado su mayor afectación clínica, familiar y académica cuando se compara con población general y/o controles clínicos (6), por lo que existe una demanda creciente para atender a esta patología en los servicios en salud mental.

Considerando algunas de las dimensiones que reflejaremos en nuestro estudio, se ha observado una comorbilidad del 70-80% con otros trastornos (7, 3, 8), siendo los diagnósticos de dificultades de aprendizaje, trastorno de conducta (9), trastorno de ansiedad (10) o trastorno de tics los más frecuentemente asociados a TDAH en la niñez (11). Además, los niños afectos de TDAH presentan mayor riesgo de

fracaso académico, menor autoestima y dificultades sociales que a menudo los llevan al aislamiento y a la adopción de comportamientos antisociales en la adolescencia, como el abuso de drogas y la actividad delictiva (12, 13). Todo ello repercute en una peor calidad de vida percibida en comparación a los niños con otros trastornos mentales y físicos (14); así como en comparación con población general tanto si la información es aportada por los padres (15) como por los propios niños (16).

Los padres de niños con TDAH poseen responsabilidades parentales adicionales en la crianza que pueden aumentar su nivel de estrés. El estrés parental se define como el estrés que surge cuando se percibe que las exigencias que supone la crianza de los hijos superan sus recursos para hacerles frente (14). Aunque todos los padres experimentan cierto grado de estrés, en padres de niños con TDAH y autismo se ha demostrado superior al resto de trastornos del neurodesarrollo y muy superior al de padres con hijos sanos (17). Estos progenitores a menudo se sienten desbordados, incapaces de controlar el comportamiento de sus hijos (18). Parece haber una reducción de la autoestima y satisfacción en su rol, menor sensación de competencia, menores expectativas de éxito, más psicopatología y más discordia conyugal, especialmente cuando el TDAH se acompaña de alteraciones conductuales (17, 19; 20; 21). Además, estos padres experimentan más ansiedad en su vida familiar, disfunción social y sentimientos depresivos que los padres de niños con desarrollo típico (22). Estos niveles de tensión parecen relacionarse con la severidad de la sintomatología (7, 23, 24). En síntesis, parece ser que los padres de hijos con TDAH experimentan más estrés que los controles, siendo necesario valorar esta relación en el contexto conjunto de otras variables explicativas.

En relación a lo anterior, se ha visto que los padres de niños con TDAH reaccionan de forma menos eficaz que los padres de niños sin este trastorno, utilizando estrategias educativas inadecuadas. Hay mayores niveles de conflicto, inconsistencia en la parentalidad, menor cohesión, menor calidez emocional, estilos educativos más hostiles con pérdida de control y

castigo físico más frecuente y menor calidad de vida familiar informada (25). Estas disfunciones familiares pueden amplificar el malestar derivado del trastorno y contribuir al mantenimiento de la sintomatología, ya que existe una fuerte relación entre la discrepancia educativa y los problemas de adaptación de los menores (26).

Debemos ser conscientes de que los niveles de estrés no dependen exclusivamente de la patología de los hijos, sino que hay múltiples variables relacionadas con los padres (personalidad, psicopatología, calidad de la relación de pareja, capacidad de manejo) y variables contextuales (apoyo social, situación económica) que pueden contribuir a su modulación. Por ello, determinar la magnitud del estrés percibido por estos padres y las variables que influyen en él es de vital importancia para mejorar el abordaje de este trastorno.

En este contexto, nuestro estudio está interesado en analizar la potencial influencia del TDAH en el estrés percibido por los padres, controlando y valorando el efecto simultáneo de otras variables clínicas, sociales, económicas y académicas que pudieran ejercer un potencial efecto sobre el estrés paterno.

Por todo ello, los objetivos de nuestra investigación son estudiar las diferencias en estrés percibido entre los padres que tienen hijos con TDAH y los que tienen hijos sin TDAH y analizar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres.

METODOLOGÍA

Diseño

Para responder a los objetivos de nuestro estudio utilizamos un diseño analítico observacional de casos y controles. Se realizó un muestreo consecutivo de casos de TDAH entre 6 y 16 años procedentes de una Unidad de Salud Mental del sistema sanitario público y de controles emparejados por sexo y edad en el contexto escolar. Los casos de TDAH fueron definidos mediante la escala NICHQ Vanderbilt (27) complementada mediante entrevista clínica

al cuidador principal que garantice cumplimiento de criterios DSM-5, asegurando duración de los síntomas, inicio antes de los 12 años, presencia en dos o más ambientes e interferencia en el funcionamiento social o académico. En el caso de los controles se evaluó la ausencia de TDAH mediante la escala NICHQ Vanderbilt. Los padres de casos y controles respondieron también a una escala de estrés percibido (PSS) (28).

El cálculo del tamaño muestral estimó la necesidad de 37 participantes en cada grupo (TDAH/controles) para conseguir una potencia del 80% que permita detectar diferencias en el contraste de la hipótesis, considerando un nivel de significación del 5% y asumiendo que la media del grupo de control en estrés percibido es de 22, la media del grupo TDAH es de 26 y la desviación típica de ambos grupos es de 6 (referencias de estudio piloto previo).

Participantes:

La muestra final incluye 82 participantes (41 casos de TDAH y 41 controles), emparejados por sexo y edad. El procedimiento de muestreo es el definido en el diseño. 82.9% de los hijos son de sexo masculino y 17.1% femenino. La media de edad de los hijos es de 10.56 (DE: 2.90).

En la tabla 1 se pueden observar las características de los padres de hijos con / sin TDAH. No se observan diferencias significativas en la edad, estado civil o sexo de la persona que responde a los cuestionarios (predominantemente del sexo femenino). Se observan diferencias significativas en la situación de desempleo, que es mayor en los padres de hijos con TDAH.

Variables e instrumentos

Escala NICHQ Vanderbilt de evaluación para padres (NICHQ Vanderbilt Assessment Scale - Parent Informant, Wolraich et al., 2012). Escala de 55 ítems. Los 47 primeros ítems hacen referencia a clínica de TDAH, trastorno del comportamiento y trastorno por ansiedad/depresión, presentando cuatro posibilidades de respuesta: “nunca”, “a veces”, “a menudo” o “muy a menudo”; con puntuación correlativa entre 0 y 3 puntos. Los ítems 48 a 55 están vinculados a

Tabla 1. Características de los padres con / sin hijos con TDAH

Variables	Padres de hijos con TDAH (n = 41)	Padres de hijos sin TDAH (n = 41)	Significación para las diferencias
Media de edad	42.41 (DE: 4.61)	43.54 (DE: 4.63)	t = 1.099; p = .275
Estado civil	Casados: 31 (75.6%) Div. / Sep.: 7 (17.1%) Otros: 3 (7.3%)	Casados: 35 (85.6%) Div. / Sep.: 4 (9.8%) Otros: 2 (4.8%)	$\chi^2 = 3.061$; p = .382
Desempleo	Si: 13 (31.7%) No: 28 (68.3%)	Si: 5 (12.2%) No: 36 (87.8%)	$\chi^2 = 4.556$; p = .033
Sexo PRC	Masculino: 5 (12.2%) Femenino: 36 (87.8%)	Masculino: 9 (22%) Femenino: 32 (78%)	$\chi^2 = 1.378$; p = .240

Nota. Div. / Sep.: divorciados / Separados. DE: desviación estándar. PRC: persona que responde a los cuestionarios

temas relacionales y académicos y presentan cinco posibilidades de respuesta: “excelente”, “sobre lo normal”, “normal”, “con cierta dificultad”, “con dificultad”, con puntuación correlativa entre 1 y 5 puntos.

En nuestro estudio utilizaremos las siguientes variables de la escala:

1. Trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (ítems 1-18). En nuestro estudio la dimensión caso de TDAH requiere respuestas de “a menudo” o “muy a menudo” en al menos seis ítems de inatención y/o en seis ítems de hiperactividad / impulsividad, así como alguna puntuación ≥ 4 en alguno de los ítems del 48 al 55. La dimensión TDAH de la escala presenta consistencia interna medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach $\geq .90$ y validez concurrente aceptable con el DISC-IV ($r = .79$) (27).

2. Trastorno de conducta. La variable, que presenta utilidad clínica (28), se construye como un sumatorio de la respuesta a las preguntas 19 a 40 de la escala Vanderbilt. Esta variable se corresponde con el factor trastornos del comportamiento externalizantes (α Cronbach = .91; $r = .52$). A mayor puntuación mayor intensidad en los trastornos de conducta.

3. Trastornos por ansiedad / depresión. La variable, que presenta utilidad clínica, se construye como un

sumatorio de la respuesta a las preguntas 41 a 47 de la escala Vanderbilt. Esta variable se corresponde con el factor trastornos emocionales internalizantes (α Cronbach = .79; $r = .43$) (27). A mayor puntuación, mayor intensidad en ansiedad / depresión.

4. Dificultades de aprendizaje. La variable se construye como un sumatorio de la respuesta a las preguntas 49 a 51 de la escala Vanderbilt. A mayor puntuación mayores dificultades de aprendizaje.

Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen, Kamarack, & Mermelstein, 1983). Instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido por los padres o grado en que las situaciones generales de la vida son consideradas estresantes (29). En sus 14 ítems evalúa en qué medida la persona percibe como estresantes diversos factores de su vida cotidiana y valora el grado en que cree que ejerce control sobre las situaciones inesperadas o estresantes. Para diseñar esta escala se partió de la base de que el estrés es influenciado por estresores diarios, eventos vitales y por los medios o recursos de la persona para hacerles frente (30). Los 14 ítems presentan un formato de respuesta de cinco puntos (0= nunca, 1= casi nunca, 2= de vez en cuando, 3= a menudo, 4= muy a menudo) y la puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 y sumando entonces los

14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de estrés percibido. La escala presenta adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\alpha = .81$, y test retest, $r = .73$) y validez concurrente con el HDS-T ($r = .71$) (29).

Otras variables. Por motivos de posible repercusión sobre el estrés percibido por los padres, además de las dimensiones derivadas de la escala Vanderbilt se incluyeron las variables de situación de desempleo de los padres (sí / no), separación / divorcio de los padres (sí/no) y las variables de control sexo y edad de los hijos.

Análisis de Datos

Se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Siempre que fue necesario estudiar asociación o diferencias entre medidas de las diferentes variables se consideró un nivel de significación $\alpha \leq .05$. Los intervalos de confianza utilizados en las estimaciones siempre tienen un nivel de confianza del 95%. Cuando se trató de encontrar diferencias entre variables nominales se utilizó la prueba de chi cuadrado.

Para valorar las diferencias en el primer objetivo (estudiar las diferencias en estrés percibido entre los padres que tienen hijos con TDAH y los que no tienen hijos con TDAH) se utilizó el estadístico *t* de Student. Para dar respuesta al segundo objetivo (analizar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres) se utilizó el modelo multivariante análisis de regresión lineal, con el propósito de hacer una función de las variables explicativas capaz de predecir la variación de la variable estrés percibido por los padres, utilizando el ajuste de mínimos cuadrados. Se estudió un conjunto de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas y se determinaron las más relevantes para predecir la variación del estrés percibido por los padres.

La valoración del ajuste del modelo a los datos se realizó a partir del coeficiente de determinación al cuadrado (R^2) y la comprobación acerca de si el modelo de regresión ajustado explica una parte

significativa de la variabilidad en el estrés percibido por los padres, se realizó mediante el análisis de varianza de la regresión. Finalmente, se procedió a eliminar las variables que produjeron un incremento muy pequeño del R^2 , aportando escasa información, con objeto de simplificar el modelo explicando la máxima variabilidad con la máxima parsimonia (método de regresión por pasos sucesivos).

En el modelo de regresión por pasos sucesivos tratamos de encontrar un modelo de regresión que explique, con el mínimo número posible de variables independientes, la mayor cantidad posible de la varianza del estrés percibido por los padres. En nuestro caso utilizamos el criterio de significación (de acuerdo con este criterio, sólo se incorporan al modelo de regresión aquellas variables que contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo). Se utilizó la probabilidad de *F* en la que una variable pasa a formar parte del modelo de regresión si el nivel crítico asociado a su coeficiente de correlación parcial al contrastar la hipótesis de independencia es menor de 0,05 (probabilidad de entrada) y queda fuera del modelo de regresión si ese nivel crítico es mayor que 0,10 (probabilidad de salida). El proceso comienza seleccionando, en el primer paso, la VI que, además de superar el criterio de entrada, más alto correlaciona con la variable dependiente. A continuación, selecciona la VI que, además de superar los criterios de entrada, posee el coeficiente de correlación parcial más alto. Cada vez que se incorpora una nueva variable al modelo, las variables previamente seleccionadas son evaluadas nuevamente para determinar si siguen cumpliendo o no los criterios de salida [nivel crítico > 0.10]. Si alguna variable seleccionada cumple los criterios de salida, es eliminada del modelo. El proceso se detiene cuando no quedan variables que superen los criterios de entrada y las variables seleccionadas no cumplen los criterios de salida.

Se comprobó la linealidad, homocedasticidad y normalidad de los datos a partir del análisis de los residuales.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de padres e hijos se observan en el apartado de participantes.

En respuesta al primer objetivo observamos que los padres que tienen hijos con TDAH presentan de forma significativa ($t = 2.411$, $p = .018$) más estrés percibido ($M = 25.90$; $DE = 7.07$) que los padres de los controles ($M = 22$; $DE = 7.57$), observándose un tamaño del efecto medio (d Cohen = 0.532).

El segundo objetivo era a estudiar el modelo de variables explicativas clínicas, sociales, económicas y académicas capaz de predecir la variabilidad del estrés percibido por los padres. De forma previa a la implementación del modelo de regresión lineal múltiple que responde a este objetivo, decidimos hacer una regresión lineal simple individual con cada una de las variables que incluiremos en el modelo. Observamos que las variables TDAH ($R = .422$; $R^2 = .178$), trastornos del comportamiento ($R = .347$; $R^2 = .120$), trastornos por ansiedad / depresión ($R = .262$; $R^2 = .069$) y padres separados ($R = .380$; $R^2 = .144$) presentan una relación lineal significativa ($p < 0.05$) con el estrés percibido por los padres. A medida que aumentan la intensidad de los síntomas en las escalas de TDAH, trastorno de conducta o trastornos emocionales, así como la presencia de padres separados aumenta el estrés percibido por los padres. En todos los casos se descarta significativamente la hipótesis nula de que los coeficientes de regresión valen 0. Sin embargo, las variables sexo, edad, dificultades de aprendizaje y situación de desempleo en los padres no presentan una relación lineal significativa ($p < 0.05$) con el estrés percibido por los padres.

Como respuesta inicial a nuestro segundo objetivo implementamos un modelo de regresión lineal múltiple con todas las variables clínicas, sociales, económicas y académicas que hemos seleccionado como teóricamente relevantes para explicar el estrés percibido por los padres (ver tabla 2). Las variables predictoras seleccionadas fueron TDAH, Trastornos externalizadores del comportamiento, trastornos por ansiedad / depresión, dificultades de aprendizaje, presencia/ ausencia de padres separados, empleo / desempleo de los padres, sexo y edad.

En la valoración del ajuste del modelo observamos que la correlación entre los valores predictores y el criterio es .550, explicando el 30.3 % de la varianza del estrés percibido por los padres ($R^2 = .303$; R^2 corregida = .227) y a través del análisis de varianza de la regresión observamos que el modelo propuesto es significativo ($F(6) = 3.99$; $p = .001$).

Las variables que se relacionan significativamente con el estrés percibido por los padres son TDAH y tener padres separados. Por cada unidad de la escala TDAH, se incrementan 0.15 puntos en la escala de estrés percibido por los padres, cuando todas las demás variables predictoras permanecen constantes. A su vez tener padres separados, incrementa el estrés percibido por los padres, cuando todas las demás variables predictoras permanecen constantes.

Hemos comprobado que si utilizamos el criterio de realizar un modelo de regresión lineal múltiple con las variables que fueron significativas en la regresión lineal simple (TDAH, trastornos del comportamiento, trastornos por ansiedad / depresión y padres separados) el resultado es similar. Las variables que se relacionan significativamente con el estrés percibido por los padres son TDAH y tener padres separados. (Ver tabla 3).

Finalmente, con el objetivo de encontrar un modelo de regresión que explique, con el mínimo número posible de variables independientes, la mayor cantidad posible de la varianza del estrés percibido por los padres utilizamos un modelo de regresión por pasos sucesivos con los criterios referenciados en apartado sobre análisis de datos. Una vez eliminadas las variables que aportan información escasa, encontramos que la presencia de TDAH y tener padres desempleados explican el 26,3% de la varianza del estrés percibido por los padres (ver tabla 4 en Anexo). Si utilizamos la R^2 corregida explicaría el 24,5%, lo que representa un 1,8% más que el modelo máximo propuesto. También podemos observar por los coeficientes beta estandarizados el mayor peso que tiene la escala TDAH en el modelo.

Con este modelo reducido observamos que la correlación entre los valores predictores y el criterio es .513 (similar al modelo máximo) y a través del análisis

de varianza de la regresión observamos que el modelo propuesto es significativo ($F(2) = 14,12$; $p < .000$).

En resumen, las variables que mejor predicen el estrés percibido por los padres en el contexto de nuestro modelo son el TDAH y tener padres separados.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio los padres de hijos con TDAH presentan de forma significativa más estrés percibido que los padres de los controles. Nuestros hallazgos se

sustentan en investigaciones previas, como la llevada a cabo por Insa y colaboradores (22) en Barcelona con los padres de 60 niños TDAH y 60 padres de niños control, encontrando diferencias significativas en el nivel de distrés emocional. Otros estudios sugieren la misma tendencia, como el estudio de Muñoz-Silva (31), también con una muestra española de 126 madres. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en otros países, como en los estudios de Babakhanian (32) y Samiei (33) llevados a cabo con madres iraníes de niños con y sin TDAH menores

Tabla 2. Regresión lineal múltiple de variables predictoras clínicas, sociales, económicas y académicas sobre la variable criterio estrés percibido por los padres (modelo completo)

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico	B	t	p	Límite inferior	Límite Superior	Toleran.	FIV
Constante	21,575	4,732		4,559	,000	12,143	31,006		
Sexo	1,738	2,052	,087	,847	,400	-2,350	5,827	,900	1,111
Edad	-,375	,265	-,144	-1,415	,161	-,902	,153	,918	1,090
TDAH	,154	,077	,275	2,007	,048	,001	,307	,510	1,961
Aprendiz.	-,201	,343	-,063	-,586	,560	-,884	,483	,828	1,207
Conducta	,037	,167	,032	,224	,823	-,295	,370	,478	2,093
Ans. / Depr.	,327	,308	,137	1,063	,291	-,286	,940	,578	1,730
Separados	7,237	2,263	,329	3,198	,002	2,726	11,748	,902	1,109
Desem-pleo	,805	1,889	,044	,426	,671	-2,960	4,570	,878	1,139

Nota. TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Aprendiz: Dificultades de aprendizaje. Conducta: Trastornos externalizadores de Vanderbilt. Ans./Depr.: Trastornos internalizadores por ansiedad y depresión del Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Desempleo: Padres en situación de desempleo. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza.

Tabla 3. Regresión lineal múltiple de variables predictoras con relación significativa (en regresión lineal simple) sobre la variable criterio estrés percibido por los padres.

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico				Límite inferior	Límite Superior	Toleran.	FIV
Constante	18,179	1,480		12,285	,000	15,232	21,126		
TDAH	,158	,070	,283	2,247	,027	,018	,299	,596	1,679
Conducta	,195	,283	,081	,686	,495	-,370	,759	,672	1,488
Ans. / Depr.	,327	,308	,137	1,063	,291	-,286	,940	,578	1,730
Separados	6,501	2,207	,296	2,946	,004	2,107	10,894	,937	1,068

Nota. TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Conducta: Trastornos externalizadores de Vanderbilt. Ans./Depr.: Trastornos internalizadores por ansiedad y depresión del Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza.

Tabla 3. Modelo final de regresión por pasos sucesivos de variables predictoras clínicas, sociales, económicas y académicas sobre la variable estrés percibido por los padres.

	Coeficientes no estandarizados		Coef. Están			Intervalo de confianza Para B al 95%		Estadísticos de colinealidad	
	B	Error típico				Límite inferior	Límite Superior	Toleran.	FIV
Constante	18,596	1,417		13,127	,000	15,776	21,416		
TDAH	,199	,056	,355	3,577	,001	,088	,309	,949	1,054
separados	6,592	2,180	,300	3,024	,003	2,252	10,931	,949	1,054

Nota. TDAH: puntuación suma total escala NICHQ Vanderbilt. Separados: Padres separados / divorciados. Coef. Están.: Coeficientes estandarizados. B: coeficiente beta. Toleran.: tolerancia. FIV: Factor de inflación de la varianza

de 12 años. Este dato también ha sido hallado en un estudio italiano (34) con una muestra de 212 padres, donde los que tenían hijos TDAH mostraron niveles significativamente mayores de estrés durante el período de vuelta al colegio que los padres de niños control. El metaanálisis llevado a cabo por Theule et al (24) con 44 trabajos datados entre 1983 y 2007 también indicaba esta tendencia.

En referencia a nuestro segundo objetivo, dirigido a analizar el conjunto de variables clínicas, sociales, económicas y académicas relacionadas con el estrés parental, únicamente las variables TDAH y tener padres separados tuvieron valor predictivo.

Desde la perspectiva clínica el TDAH es la variable que mejor predijo el estrés percibido. En el modelo que incluye el conjunto de variables predictoras los trastornos de conducta y las dimensiones emocionales de los hijos no predijeron significativamente el estrés de los padres. Las alteraciones del comportamiento y ansiedad / depresión de los hijos tienen una relación lineal significativa con el estrés de los padres, aunque de forma aislada de la presencia del resto de las variables y explicando una parte menor de la varianza que la presencia de TDAH.

En 2013 Vaughan y cols. (23) compararon los niveles de estrés de padres con hijos con síntomas internalizantes y externalizantes y padres de niños control utilizando el Child Behavior Checklist de Achenbach. Encontraron niveles mayores de malestar cuando se presentaron juntos ambos tipos de síntomas. En estudios comparativos, como el de Telman et al., (21), se encontró mayor malestar en padres de niños TDAH que en padres de niños con trastornos de ansiedad, siendo más similar al nivel de estrés observado en padres con hijos con trastornos del espectro autista (17). La dimensión externalizante parece tener un especial peso en el estrés parental, como sugieren los trabajos de Roselló et al., (20), Finzi et al., (19) o Telman et al., (17).

La variable padres separados mostró una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Esta variable es polémica porque los estudios acerca de la separación y divorcio de

padres de estos niños arrojan datos contradictorios: desde estudios que muestran una tasa tres veces mayor de divorcio en padres TDAH que controles (22) a otros que no encuentran diferencias (26, 20). No obstante, está ampliamente aceptado que las parejas con hijos TDAH experimentan una convivencia más complicada, con mayor número de discusiones sobre la crianza, menor cohesión y menor satisfacción marital (25, 26, 14), variables consideradas predictoras tanto de problemas de conducta como de depresión en niños TDAH según el estudio de Grau (7).

La variable desempleo de los padres no tuvo una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Roselló et al (20) realizó un estudio en la Comunidad Valenciana mostrando que el 67% de los padres opina que tiene más gastos en relación con los servicios educativos y psicológicos de su hijo y un 50% indica que cuesta más dinero criar a su hijo con TDAH que al resto de hijos. Con todo, el trabajo de Presentación-Herrero (5), dirigido a analizar el impacto de los niños TDAH en distintos aspectos familiares, no encontró diferencias en la esfera económica entre unas familias y otras.

La variable problemas de aprendizaje en nuestro modelo no mostró una relación lineal significativa con el estrés percibido de los padres en casos de TDAH. Aunque el estudio de Craig et al (17) muestra elevados niveles de estrés en las madres con hijos con Trastornos específicos del aprendizaje y Trastorno del lenguaje, sugiriendo que el malestar emocional parental pudiera ser común a distintos trastornos del neurodesarrollo. En nuestro modelo, los problemas de aprendizaje no aumentan el estrés percibido de los padres, que parece más vinculado al TDAH y la situación de separación o divorcio de los padres.

CONCLUSIONES

Concluimos indicando que los resultados de nuestra investigación sugieren que, con nuestro modelo y variables, los síntomas nucleares del TDAH y el hecho de ser padres separados o divorciados, son las variables que mejor explican el nivel de estrés percibido

por los padres. Estimamos que las actuales líneas de intervención en TDAH que incluyen diversidad de técnicas (psicológicas, farmacológicas, pedagógicas), intervención multidimensional (familiar, escolar, social) y frecuentemente multiprofesional (médicos, psicólogos, profesores, pedagogos...), pudieran resultar de utilidad para reducir el estrés parental (35). Dado que el distrés emocional produce efectos negativos sobre las habilidades parentales y las pautas de crianza (22), es posible que las intervenciones multidimensionales que incluyen la atención específica a las necesidades de los padres y al funcionamiento familiar puedan representar una ayuda relevante.

Como limitaciones de nuestro estudio cabe señalar que no se han incluido otras dimensiones potencialmente influyentes en el estrés de los padres, como la psicopatología parental, estilo educativo, nivel económico real o el perfil de apoyo social. Futuros estudios pudieran incluir estas dimensiones.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author; 2013.
2. Polanczyk, G, De Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., Rohde, L.A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6), 942-8. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>.
3. Rodríguez-Molinero, L., López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera, M.T & Ruiz-Sanz, F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Pediatría Atención Primaria*. 2009; 11(42): 251-270. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322009000200006>.
4. López-Villalobos, J.A., Andrés-De Llano, J., López-Sánchez, M.V, Rodríguez-Molinero, L., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M... & Alberola-López, S. Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema*. 2017; 29(1), 103-110. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.93>.
5. Presentación, M.J., Pinto, V., Melia, A., Miranda, A. Efectos sobre el contexto familiar de una intervención psicosocial compleja en niños con TDAH. *Escritos de Psicología*. 2009; 2(3); 18-26. http://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n3/articulo_3.pdf
6. López-Villalobos, J.A., Serrano, I., Delgado, J., Ruiz, F., García, M., Sánchez, M.V. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una alteración psicopatológica con impacto multidimensional. *Anales de Psiquiatría*. 2004; 20(5), 205-210. <https://doi.org/0213-0599/04/20.5/205>
7. Grau Sevilla, M. Análisis del contexto familiar en niños con TDAH (Tesis doctoral). Universitat de València, Valencia, España; 2007.
8. Torres, A. Implicaciones familiares, educativas y emocionales de un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños, niñas y adolescentes: un reto para la práctica del trabajo social clínico. *Voces desde el trabajo social*. 2015; 3(1), 115-134. <https://doi.org/10.31919/voces.v3i1.75>.
9. López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., Delgado, J. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a predictive model of comorbidity with behaviour disorder. *Psychology in Spain*. 2005; 9 (1), 63-74. <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2005/frame.asp?id=9008>
10. López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., Delgado, J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*. 2004; 16(3), 402-407. <http://www.psicothema.com/pdf/3010.pdf>.
11. Mariño Fontenla, V., Sanz-Cervera, P., Andrés, F., & Inmaculada, M. Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión. *ReiDoCrea*. 2017; 6, 260-276. <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-21.pdf>.
12. Wiener, J., Biondic, D., Grimbos, T. & Herbert, M. Parenting stress of parents of adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2016; 44; 561-574. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0050-7>.
13. Galloway, H., Newman, E., Miller, N., & Yuill, C. Does Parent Stress Predict the Quality of Life of Children with a Diagnosis of ADHD? A Comparison of Parent and Child Perspectives. *Journal of attention disorders*. 2019; 23(5), 435-450. <https://doi.org/10.1177/1087054716647479>.
14. Mercader, J., Colomer, C. & Berenguer, C. Relación entre características de resiliencia, estrés parental y satisfacción con la vida en familias con hijos con TDAH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2014; 4(1), 435-443. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.631>.
15. López-Villalobos, J. A., Sacristán-Martín, A. M., Garrido-Redondo, M., Martínez-Rivera, M. T., López-Sánchez, M. V., Rodríguez-Molinero, L., ... & Andrés-de Llano, J. Health-related quality of life in cases of attention deficit hyperactivity disorder with and without pharmacological treatment. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2019; 90 (5), 272-279. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.04.016>.
16. López-Villalobos, J.A., Garrido-Redondo, M., Sacristán-Martín, A.M., Martínez-Rivera M.T., López-Sánchez, M.V., Andrés-de Llano, J.M., Rodríguez-Molinero, L., Camina-Gutiérrez, A.B. Percepción de niños y adolescentes sobre la calidad de vida en casos de Trastorno por déficit de Atención

- con Hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico y controles. *Revista de Neurología*. 2018; 67 (6), 195-202. <https://doi.org/10.33588/rn.6706.2017517>.
17. Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., ... & Margari, F. Parenting stress among parents of children with neurodevelopmental disorders. *Psychiatry research*. 2016; 242, 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.016>.
18. Chung, M. Estrés parental y estrategias de afrontamiento en padres con hijos con trastorno por déficit de atención e hiperactividad en colegios de ventanilla (Tesis de Pregrado). Universidad Privada del norte, Lima, Perú; 2017.
19. Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y. S., & Golubchik, P. Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD. *Research in developmental disabilities*. 2011; 32(2), 510-519. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.032>.
20. Roselló, B., García-Castellar, R., Tárraga-Mínguez, R., Mulas, F. 2003. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de neurología*. 2003; 36(1), 79-84. <https://doi.org/10.33588/rn.36S1.2003046>.
21. Telman, L.G., Van Steensel, F. J., Maric, M., & Bögels, S. M. Are anxiety disorders in children and adolescents less impairing than ADHD and autism spectrum disorders? Associations with child quality of life and parental stress and psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*. 2017; 48(6), 891-902. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0712-5>.
22. Insa, I., Alda, J. A., Chamorro, M., Espadas, M., & Huguet, A. Difference in Psychic Distress Lived by Parents with ADHD Children and Parents with Healthy Children: Focus on Gender Differences. *Journal of Attention Disorders*. 2018. <https://doi.org/10.1177/1087054718790010>
23. Vaughan, E.L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M. & Kaufman, J.S. Relationships between child emotional and behavioral symptoms and caregiver strain and parenting stress. *J Fam Issues*. 2013; 35, 534-556. <https://doi.org/10.1177/0192513X12440949>.
24. Theule J., Wiener J., Tannock R., & Jenkins J.M. Parenting stress in families of children with ADHD: a meta-analysis. *J. Emot. Behav. Disord*. 2013; 21, 3-17. <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
25. Cussen, A., Sciberras, E., Ukoumunne, O., & Efron, D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *European Journal of Pediatrics*. 2012; 171(2), 271-280. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1524-4>
26. Sánchez-Mármol, D.F. Discrepancia educativa parental y TDAH: Intervención Psicoeducativa a través de un programa de entrenamiento a padres (tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España; 2015. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/48104/1/TESIS%20DOCTORAL%20Diego%20J.%20S%C3%A1nchez%20M%C3%A1rmol.pdf>
27. Wolraich, M.L., Lambert, E.W., Doffing, M.A., Bickman, L., Simmons, T. & Worley, K. Psychometric properties of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale in a referred population. *Journal of Pediatric Psychology*. 2003; 28, 559-68. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsg046>.
28. Becker, S. P., Langberg, J. M., Vaughn, A. J., & Epstein, J. N. Clinical utility of the Vanderbilt ADHD diagnostic parent rating scale comorbidity screening scales. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2012; 33(3), 221. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318245615b>.
29. Remor, E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish Journal of Psychology*. 2006; 9: 86-93. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006004>.
30. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24, 385-396. <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>.
31. Muñoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., Sanchez-García, M., & Carmona-Márquez, J. Child/adolescent's ADHD and parenting stress: The mediating role of family impact and conduct problems. *Frontiers in psychology*. 2017; 8, 2252. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02252>
32. Babakhanian, M., Sayar, S., Babakhanian, M., & Mohammadi, G. Iranian children with ADHD and mental health of their mothers: The role of stress. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2016; 10(1). <https://doi.org/10.17795/ijpbs-2026>.
33. Samiei, M., Daneshmand, R., Keramatfar, R., Khooshabi, K., Amiri, N., Farhadi, Y., ... & Samadi, R. Attention Deficit Hyper Activity Disorder (ADHD) and stress: a mutual relationship between children and mothers. *Basic and clinical neuroscience*. 2015; 6(2), 113-121. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636878/pdf/BCN-6-113.pdf>
34. Loprieno, U., & Gagliano, A. Stress levels in parents of children with and without attention deficit hyperactivity disorder during the back-to-school period: results of an international survey in Italy. *Minerva pediátrica*. 2016; 68(5), 330-340. <https://doi.org/10.3109/13651501.2014.961928>.
35. López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V., Andrés-De Llano, J.M. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea*. 2019; 8, 95-105. <http://digibug.ugr.es/handle/10481/54737>.

Cora Fernández-Natal ^{1*}
Juan J. Carballo ²

1 Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa. Madrid, España.

2 Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM) Madrid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Cora Fernández Natal

Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa, C/ Diego de León, 62, 28006. Madrid

Correo electrónico: coraf89@gmail.com

ORCID ID: [0000-0003-4584-2810](https://orcid.org/0000-0003-4584-2810)

Tratamiento farmacológico de las alteraciones de conducta en el Síndrome de Cornelia de Lange, a propósito de un caso

Pharmacological treatment of behavioral disorders in Cornelia de Lange Syndrome. A case report

RESUMEN

El síndrome de Cornelia de Lange (SCL) es un trastorno genético caracterizado por presentar distintos trastornos somáticos y retraso del desarrollo psicomotor con problemas conductuales. Presentamos el caso de un varón de 8 años que acude a la consulta por alteraciones de conducta. Destaca retraso cognitivo y motor importante: no emite lenguaje. Muy rígido ante cambios y nuevos entornos. Muestra alteraciones conductuales en esas circunstancias: heteroagresividad contra objetos y autolesiones. Ensayamos con risperidona en base a la similitud de esta clínica con la del trastorno del espectro autista. Muestra mejoría significativa, disminuyendo hasta 3 puntos en la Escala de Impresión Clínica Global. Las pruebas científicas acerca del tratamiento de esta clínica provienen en su mayor parte de estudios de caso único. Aunque el tratamiento con risperidona podría ser eficaz y bien tolerado, se requieren más estudios que permitan avanzar en el conocimiento del tratamiento farmacológico de las alteraciones conductuales en SCL.

Palabras clave: síndrome de Cornelia de Lange, alteraciones de conducta, tratamiento farmacológico, risperidona.

ABSTRACT

Cornelia de Lange Syndrome (CdLS) is a genetic disorder characterized by different somatic impairments and retarded psychomotor development. 8-year-old male diagnosed with CdLS comes to Children's Psychiatry assessment presenting behavioural disorder as well as delayed motor and cognitive development. He cannot talk and only pictograms are used for communication. Severe cognitive rigidity, specially to manage changes and new contexts. In these cases, he shows aggressiveness against objects and self-injurious behaviour. A trial test of risperidone is started based on similarities between these behavioral disorders and those present in autism spectrum. He shows a remarkable improvement, decreasing three points in the Clinical Global Impression. Scientific evidence mostly derives from case reports studies. That implies the quality of scientific evidence is low. Though the treatment with risperidone may be effective and well tolerated, more studies are required to move forward on the pharmacological treatment of behavioral disorders in CdLS.

Keywords: Cornelia de Lange Syndrome, behavior disorder, drug therapy, risperidone.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

El síndrome de Cornelia de Lange (SCL) es una enfermedad rara (se estima que afecta a 1 de cada 15000 niño/as nacido/as vivo/as) causada por diversas mutaciones en genes que codifican para el complejo de la cohesina (NIPBL, SMC1A, SMC3, RAD21, HDAC8). Somáticamente, se caracteriza por dismorfia facial, retraso del desarrollo psicomotor, trastornos renales y gastrointestinales, talla baja, manos y pies pequeños y defectos en las extremidades superiores. Respecto a la sintomatología conductual, los afectados presentan comportamientos autolesivos con frecuencia, conductas repetitivas, así como déficits cognitivos que van desde discapacidad intelectual leve a grave (1, 11). Se han descrito rasgos de autismo en los pacientes: baja intención comunicativa y limitada expresión verbal, hasta el 33% de los pacientes no emiten lenguaje (2, 11).

A pesar de que el síndrome no tiene tratamiento específico, existen recomendaciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para tratar los síntomas derivados de las malformaciones somáticas. En cuanto a la sintomatología conductual, existen pocas recomendaciones específicas recogidas en la literatura (3, 6).

Se expone el caso de un paciente diagnosticado de SCL y se revisa la bibliografía publicada (Tabla 1) ante el reto del tratamiento de las alteraciones de conducta que manifestaba.

Se trata de un varón de 8 años que es derivado a consultas de Psiquiatría Infantil por alteraciones de conducta.

Como antecedentes, presenta SCL, comunicación interventricular cerrada en el momento de la derivación, hipoacusia grave en oído derecho y leve en el izquierdo, criptorquidia intervenida, hipospadias. Había precisado dos intervenciones quirúrgicas por impactaciones en el esófago. Había presentado reacción adversa a los anestésicos (parada cardiorrespiratoria en una ocasión).

Nace a los 6,5 meses de gestación por cesárea urgente tras haberse detectado crecimiento intrauterino retardado previamente. Presenta retraso del desarrollo

psicomotor y sociocomunicativo muy importante. Muy rígido ante los cambios y los nuevos entornos, presentando en estas circunstancias alteraciones de conducta e inquietud psicomotriz: tira objetos, se golpea la cabeza, se muerde los dedos y se da golpes en los brazos. Insomnio de conciliación, hasta las 5:00 no es capaz de conciliar el sueño la mayoría de las noches.

Revisando la literatura (Tabla 1), las recomendaciones específicas para este síndrome son prácticamente anecdóticas. Un estudio antiguo y de caso único (3) habla de la reducción de la agresividad con flufenazina y clorpromazina. Un estudio más posterior (6) que incluyen diversos casos de pacientes con discapacidad intelectual hablan de la gabapentina y la clonidina. Por otra parte, otros estudios (8, 9, 10, 11) han mostrado la eficacia de la risperidona frente a otros antipsicóticos en paciente con discapacidad intelectual y síntomas de autismo. Consensos de expertos (11) hablan del tratamiento con risperidona en SCL.

Teniendo en cuenta estos datos, se decide tratar el caso con risperidona, inicialmente 0,25mL una vez al día, incrementando la dosis hasta 0,50mL repartidos en dos tomas. Se produce una mejoría notable de la conducta impulsiva, apareciendo menos episodios de descontrol, pasando de 6 a 3 puntos en la escala CGI y de 35 a 42 en la escala CGAS. El paciente presentó como efecto secundario asociado leve ganancia ponderal.

DISCUSIÓN

Las pruebas científicas acerca del tratamiento de las alteraciones de conducta del SCL son escasas. Sí que parece haberse demostrado que el tratamiento con benzodiacepinas puede causar reacciones paradójicas e incluso parada respiratoria (3, 4), a pesar de que esta familia de fármacos suele ser segura en pacientes con discapacidad intelectual. También se han descrito reacciones paradójicas con fármacos neurolépticos como el haloperidol y la clorpromazina (5), provocando agitación intensa tras su administración.

Tabla 1. Resultados de la revisión

Autor y año	Sujetos	Tratamiento ensayado	Instrumentos de medidas/escalas	Resultados
Andrasik F, Ollendick TH, Turner SM, Hughes JR. 1979.	Caso único. 22 años. SCL	Flufenazina Clorpromazina	--	Reducción del 95,1% en conductas agresivas.
Dossetor DR, Couryer S, Nicol AR. 1991	Caso único. Mujer. 14 años. SCL	Masaje	No se realizaron medidas formales.	Retirada de férulas (que protegían de autolesiones). Mejoría del humor. Episodios de agresión menos frecuentes.
Watchel LE, Hagopian LP. 2006.	Caso único: Mujer. 14 años. SCL	Gabapentina Clonidina. Tratamiento conductual.	Observación de la conducta 24 horas al día durante los internamientos.	71% de reducción de la agresividad sobre la basal.
Wierzba J, Mazurkiewicz- Beldzinska M, Jablonska-Brudlo J. 2015	Muestra de 92 pacientes diagnosticados de SCL	Melatonina	No se realizaron medidas formales.	Mejoró la calidad del sueño.

En otros trabajos (6) se hace referencia a fármacos como la clonidina para reducir la ansiedad, la irritabilidad y los problemas de conducta.

En cuanto a la filiación de las alteraciones de conducta, muchos trabajos (1, 11) las describen como “autistic-like”: evitación de la interacción social y el contacto físico, conductas autoestimulatorias, repetitivas y ritualísticas, falta de intencionalidad comunicativa, reducción de la expresión afectiva.

En otros casos, la agitación y las autolesiones se han relacionado con el reflujo gastroesofágico (7) no tratado, manifestándose de este modo las molestias somáticas del paciente.

Sibien ya son escasas las recomendaciones recogidas en las fichas técnicas de los psicofármacos para los trastornos de conducta en infancia y en adolescencia, la bibliografía es realmente escasa en cuanto a recomendaciones en pacientes con SCL. Un trabajo sobre un caso clínico (3) menciona el uso de la clorpromazina y la flufenazina para

el tratamiento eficaz de las conductas agresivas y la emesis, en contraposición a las benzodiacepinas, que habían producido reacciones paradójicas, mostrando hasta una reducción de las mismas de hasta el 95%. La gabapentina y la clonidina también han demostrado eficacia (6) para reducir la ansiedad, la irritabilidad y las alteraciones de conducta, aunque en este estudio no se usaron escalas de medida formales. La melatonina ha sido usada con éxito en estos pacientes para tratar el insomnio (7). La risperidona también ha sido considerada para tratar la conducta autolesiva en SCL (11), con monitorización estrecha de las alteraciones metabólicas.

Teniendo en cuenta las escasas posibilidades de tratamiento de las alteraciones de conducta en la población infantil, decidimos iniciar tratamiento con risperidona por las importantes similitudes de las alteraciones de nuestro paciente con los trastornos del espectro autista, con mejoría significativa de la clínica, disminuyendo hasta 3 puntos en la Escala de Impresión Clínica Global.

CONCLUSIONES

A pesar de lo común de las alteraciones de conducta, existen pocos trabajos publicados acerca del tratamiento farmacológico en pacientes con SCL. La bibliografía es escasa y, en su mayor parte, son estudios de caso único, por lo que el nivel de evidencia no es muy alto. El tratamiento con risperidona parece ser eficaz y bien tolerado. Se necesitan más estudios con respecto al tratamiento con neurolépticos de paciente con SCL para un mejor tratamiento de las olvidadas enfermedades raras.

FUENTE DE FINANCIACIÓN

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

A la familia de nuestro paciente, y al propio paciente. Al Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

REFERENCIAS

1. Srivastava S, Landy-Schmitt C, Clarck B et al. Autism traits in children and adolescents with Cornelia de Lange Syndrome. *American Journal of Mental Genetics* part A. 2014; 164A: 1400-1410. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.36573>
2. Ajmone P, Rigamonti C, Dall'Ara F et al. Communication, cognitive development and behavior in children with Cornelia de Lange Syndrome (CdLS): Preliminary results. *American Journal of Mental Genetics* Part B. 2014; 165B: 223-229. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32224>
3. Andrisk F, Ollendick TH, Turner SM, Hughes JR. Pharmacological treatment of aggressive behavior and emesis in the Cornelia de Lange Syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 1979; 167 (12): 764-6. <https://doi.org/10.1097/00005053-197912000-00010>

4. Stevic M, Milojevic I, Bokum Z, Simic D. Unpredictable drug reaction in a child with Cornelia de Lange syndrome. *Int J Clin Pharm*. 2015; 37: 1-3. <https://doi.org/10.1007/s11096-014-0050-7>
5. Sargent WW. Anaesthetic management of a patient with Cornelia de Lange syndrome. *Anesthesiology*. 1991; 74: 1162-3.
6. Watchel LE, Hagopian LP. Psychopharmacology and applied behavioral analysis: tandem treatment of severe problem behaviors in intellectual disability and a case series. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006; 43(4): 265-274.
7. Wierzb J, Mazurkiewicz-Beldzinska M, Jablonska-Brudlo J. Challenges of caring for a patient with a rare disease – as demonstrated by Cornelia de Lange syndrome. *Developmental Period Medicine*. 2015; XIX 4: 511-515.
8. La Malfa, G; Lassi, S; Bertelli M; Castellani A. Reviewing the use of antipsychotic drugs in people with intellectual disability. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2006; 21: 73–89. <https://doi.org/10.1002/hup.748>
9. McDougle CJ, Scohill L, Aman MG. Risperidone for the core symptom domains of autism: results from a study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacologie. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1142–1148
10. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D. Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *N Engl J Med*. 2002 Aug 1; 347(5): 314-21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa013171>
11. Kline AD, Moss JF, Selicorni A, Bisgnetwork et al. Diagnosis and management of Cornelia de Lange Syndrome: First international consensus statement. *Nat Rev Gen*. 2018 Jul 11; 19: 649-666. <https://doi.org/10.1038/s41576-018-0031-0>

Eva Varela ^{1*}
Javier Goti ²
M^a Teresa Campillo ³
Celeste Galcerán ¹
Inmaculada Baeza ^{1,4}

1 Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, SGR-881, Hospital Clínic i

Universitari, Barcelona, España.

2 Servicio de Psiquiatría y Psicología, IMQ-AMSA, Bilbao, España.

3 Centre Torribera, Parc de Salut Mar, Barcelona, España.

4 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (CERCA-IDIBAPS) y Universitat de Barcelona, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Dra. Eva Varela

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital Clínic de Barcelona, España

Correo electrónico: evarela@clinic.cat

ORCID: [0000-0002-8873-429X](https://orcid.org/0000-0002-8873-429X)

Folie à deux en un niño prepúber y su madre

Folie à deux in a prepuberal child and his mother

RESUMEN

El Trastorno psicótico compartido (DSM-5) o Trastorno por ideas delirantes inducido (CIE-10), tradicionalmente conocido como “folie à deux” es una patología rara, probablemente infradiagnosticada debido al grave aislamiento social y falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes. Se han publicado algunos casos clínicos y revisiones sobre este trastorno, mostrando que la mayoría de relaciones se establecen en el núcleo familiar, sobre todo entre parejas. Hay pocos casos documentados que se presenten en un paciente inducido menor de edad. Se describe un caso clínico de una díada madre-hijo menor de edad, seguida de una breve discusión basada en la literatura.

Palabras clave: psicosis inducida, psicosis compartida, folie à deux, prepúber

ABSTRACT

Shared Psychotic Disorder (DSM-5) or Induced Delusional Disorder (ICD-10), traditionally known as “folie à deux”, is a rare condition, probably underdiagnosed due to the serious social isolation and lack of insight that characterizes these patients. Some case reports and reviews have been published about this disorder, showing that the majority of the relationships are within the nuclear family with married or common-law couples being the most frequent. There are very few documented cases involving an induced partner younger than 18 years of age. We describe one case of a mother-son dyad, followed by a brief discussion based on the literature.

Keywords: induced psychosis, shared psychosis, folie à deux, prepuberal child

INTRODUCCIÓN

El Trastorno psicótico compartido (DSM-5) o Trastorno por ideas delirantes inducido (CIE-10), tradicionalmente conocido como “folie à deux” es una patología rara, probablemente infradiagnosticada debido al grave aislamiento social y falta de conciencia de enfermedad que caracteriza a estos pacientes (1). En los casos clínicos y revisiones publicadas, se observa que la mayoría de las relaciones son dentro de la familia nuclear (90,1-90,7%), siendo la díada más frecuente las parejas (29,6-52,4%), asumiendo una persona el rol de inductor o dominante y otra el de inducido (2). Hay relativamente pocos casos documentados que incluyan a un niño o adolescente, y se ha descrito algún caso de “folie à trois” que incluyen adolescentes (3). En una revisión sistemática sobre el tema, se hallaron casos reportados de 42 pacientes niños y adolescentes con el rol de inducidos y 6 inductores. La mayoría de pacientes inducidos eran familiares de primer grado del inductor. Psicopatológicamente, todos los menores reportaban ideas delirantes, aunque solamente 50% de los inductores y 27% de inducidos verbalizaban alucinaciones (4). Presentamos el caso de una díada madre-hijo menor de edad, seguida de una breve dición basada en la literatura.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 10 años, ingresado en nuestra Sala de Psiquiatría Infanto-Juvenil por un episodio de agitación.

Horas antes, había acudido acompañado por su madre de 51 años de edad, a un servicio de urgencias de otro hospital de la ciudad. Ella consultaba por síntomas somáticos que atribuía a objetos que algún doctor habría implantado en su abdomen por orden de su ex-marido, durante la cesárea de su hijo, hacía 10 años. Verbalizaba ideas delirantes de perjuicio, junto con interpretaciones delirantes, y fue hospitalizada en una sala de Psiquiatría de adultos. Al ingresar la madre, su hijo fue derivado a nuestro servicio para ingreso, porque explicaba las mismas ideas delirantes que su madre.

La madre era originariamente de Rumanía y emigró a Alemania con su familia de adolescente. Era una persona desconfiada, con intereses bizarros y tendencia al aislamiento social. Por lo que explicaba, había presentado ideas delirantes y un comportamiento desorganizado añosantes, y tenía un mal funcionamiento a nivel laboral y social. No había sido diagnosticada de ninguna patología y no describían otros antecedentes familiares psiquiátricos. El hijo había nacido de un embarazo y parto sin complicaciones, sin antecedentes médicos relevantes. Madre e hijo dejaron Alemania un año antes de ingresar en nuestro servicio, viajando a Rumanía, Francia y Gran Bretaña, y viviendo breves periodos de tiempo en cada país. Ambos explicaban que se escapaban del padre y del abuelo paterno del niño, que los estaban persiguiendo. Habían llegado a España hacía diez meses, y vivían en un piso compartido.

Cuando fue ingresado, el paciente mostraba un nivel intelectual adecuado, siendo capaz de comunicarse bien en inglés y castellano, a pesar de no haber ido a la escuela desde hacía un año. El paciente explicaba ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio, creyendo que su madre y él eran perseguidos por la policía. Él pensaba que la policía española estaba en contacto con la alemana, quien ayudaba a su padre y abuelo en su plan de matar a su madre y a él. Describía que eran monitorizados por los vecinos, de manera que éstos dañaban de forma intencionada sus aparatos electrónicos. En un primer momento, al ingresar, presentaba una conducta inadecuada como mostrarse desconfiado con la comida o rechazar sentarse en una silla, pero después de 24 horas en el hospital, mostró una rápida adaptación, sin dificultades en la interacción con el personal sanitario ni los otros pacientes ingresados. Durante el resto del ingreso, que fue de 20 días, el paciente no verbalizó ni mostró ningún signo de presentar alucinaciones, ideas delirantes ni otros síntomas psicóticos. No tomó ninguna medicación. Fue diagnosticado de Trastorno psicótico compartido (F24, CIE-10). Después de este periodo separado de su madre, el paciente no criticaba lo que había sucedido cuando estaban juntos, pero no se observaba ninguna influencia en su comportamiento.

Su madre fue diagnosticada de Esquizofrenia paranoide (F20.0, CIE-10) y recibió tratamiento antipsicótico con risperidona, con una respuesta parcial.

El paciente fue derivado al alta de nuestro servicio a un centro de acogida temporal, dependiente de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, mientras los Servicios Sociales contactaban con el consulado alemán y evaluaban a sus familiares para poder establecer quien podría cuidarlo. Después de tres meses de seguimiento, el paciente no verbalizaba síntomas psicóticos, pero todavía no hacía crítica completa de lo sucedido antes de la hospitalización. Finalmente, se marchó a Alemania para vivir con su abuela materna, mientras su madre continuaba ingresada.

DISCUSIÓN

En nuestro caso, el miembro dominante de la díada (la madre) transfirió los síntomas psicóticos a la parte inducida (su hijo). Existen varios casos publicados de díada madre/padre e hijo/a (7,1-31,1%), y la mayoría de ellos son con hijas (2,4). En una revisión de casos de niños y adolescentes con “folie à deux” (4) se encontró una mayor frecuencia de casos en dos grupos de edades: primero, entre 8-10 años, y segundo, alrededor de los 15 años de edad. En ambos casos, la idea delirante más frecuente era sentirse perseguido (1,4,5), como nuestro paciente.

La elevada frecuencia de casos que incluyen miembros de la misma familia sugiere que podrían existir factores hereditarios (6) y que las relaciones familiares podrían actuar como patógenos. Una relación de dependencia larga y estrecha, particularmente aquella caracterizada por dominancia/sumisión es generalmente necesaria para transmitir la estructura delirante a través de mecanismos de sugestión (1,4,5,7,8). Otros factores contribuyentes incluirían el aislamiento social [aunque podría ser causa o consecuencia (4)] y una situación económica de pobreza, así como la inmigración, que se ha descrito como un factor desencadenante específicamente (9).

La separación de la díada ha sido considerada

tradicionalmente la medida terapéutica más importante (1,4,5,7), aunque no siempre es suficiente para la remisión de los síntomas (4,8). Se ha descrito que la mejoría sintomática al separar la díada depende de la duración de la exposición, el tipo de delirio y la susceptibilidad a la sugestión del miembro inducido (1). La psicoterapia con el miembro inducido de la díada es el tratamiento más frecuente después de la separación (4). El tratamiento antipsicótico en los menores inducidos es un marcador de gravedad dada la persistencia de la clínica psicótica (4). Así, algunos autores han sugerido que los miembros inducidos que no responden a la separación del miembro dominante pueden ser genética o biológicamente vulnerables a la psicosis (6,8,10). Sin embargo, en la revisión sistemática de Vigo et al (2018) se afirma que probablemente el trastorno psicótico compartido se manifiesta en individuos predispuestos premórbidamente, donde los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo del episodio psicótico (4). Se necesitarían estudios longitudinales a largo plazo del niño o adolescente que sea miembro inducido para ayudar a clarificar la asociación entre la “folie à deux” y otros trastornos psiquiátricos en estos sujetos.

CONFLICTO DE INTERESES

Eva Varela ha recibido financiación para asistir a congresos de Shire y Otsuka-Lundbeck. Javier Goti obtuvo financiación de Otsuka-Lundbeck y Janssen. Inmaculada Baeza ha recibido honorarios/ financiación para asistir a congresos de Otsuka-Lundbeck y Janssen, y becas del Instituto de Salud Carlos III. Ma. Teresa Campillo y Celeste Galcerán no tienen nada que declarar.

REFERENCIAS

1. Enoch D, Ball H. Síndromes raros en psicopatología. 1 ed. Madrid: Ed Triacastela; 2007
2. Arnone D, Patel A, Ming-Yee G. The nosological significance of Folie à Deux: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2006; 8:5-11. <https://doi.org/10.1186%2F1744-859X-5-11>
3. Ilzarbe D, Vigo L, Ros-Cucurull E, Baeza I, Sugranyes G. A case of folie à trois induced by a child. *J Clin Psychiatry*. 2015; 76: e119. <https://doi.org/10.4088/JCP.14cr09295>

4. Vigo L, Ilzarbe D, Baeza I, Banerjea P, Kyriakopoulos M. Shared psychotic disorder in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adol Psychiatry*. 2019 Dec; 28: 1555-66. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1236-7>.
5. Zillessen KE, Trott GE, Warnke A. Induced delusional disorder in childhood and adolescence. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 1996; 24:117-126.
6. Reif A, Pfuhlmann B. Folie a Deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Comp Psychiatry*. 2004; 45:155-160. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.004>
7. Dodig-Ćurković K, Curkovic M, Degmecic D et al. Shared psychotic disorder ("folie a deux") between mother and 15 years old son. *Coll Antropol*. 2008; 32:1255-8.
8. Shiwach RS, Sobin PB. Monozygotic twins, folie à deux and heritability: a case report and critical review. *Med Hypotheses*. 1998;50: 369-374.
9. Lerner V, Greenberg D, Bergman J. Daughter-mother folie à deux: immigration as a trigger for role reversal and the development of folie à deux. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996; 33:260-4.
10. Çuhadaroglu Çetin F. Folie à famille and separation-individuation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 10:194-199. <https://doi.org/10.1007/s007870170026>

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 jpg, png o tiff si son fotografías o ilustraciones. En el manuscrito se especificará la localización aproximada para cada una de ellas.

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 42
- El manuscrito es remitido en exclusiva a la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil y no se ha enviado simultáneamente a cualquier otra publicación (ni está sometido a consideración), y no ha sido publicado previamente todo ni en parte. Esta última restricción no se aplica a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas, ni a los originales que son extensión de los resultados preliminares del trabajo presentados previamente en reuniones, congresos o simposios. En tal caso debe indicarse su nombre, ciudad y fecha de realización, y confirmar que el artículo original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
 - Los autores son responsables de la investigación.
 - Los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como que aprueban el texto final enviado.
 - Los autores, en caso de aceptarse el manuscrito para su publicación, ceden sus derechos sobre el mismo en favor de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, que detendrá en adelante su propiedad permanente.

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

En el caso de tratarse de ensayos clínicos, la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil se adhiere a las condiciones definidas por la Declaración de Helsinki y sus ulteriores enmiendas (www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf), también desarrolladas en los Uniform

Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>). Para la publicación de ensayos clínicos, éstos deberán estar registrados en un registro público, en incluirse la información de registro (número de registro NCT o Eudra-CT) en la sección de Métodos del manuscrito. Si el registro no tuvo lugar antes de comenzar el ensayo, deberá remitirse una copia de la aprobación del protocolo de las autoridades sanitarias de los países en los que se desarrolla la investigación experimental

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se considerarán tales los trabajos fruto de una investigación donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un área de interés de la Revista, con el fin de dar cuenta de sus avances y las tendencias de desarrollo. Se caracterizarán por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica, y serán preferentemente revisiones sistemáticas.

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

1. Página del Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Introducción, en la que se explique el objeto del trabajo
 - 2.3. Justificación y/o Objetivos de la Revisión
 - 2.4. Métodos, de realización de la búsqueda y revisión bibliográfica
 - 2.5. Resultado (la revisión propiamente dicha)
 - 2.6. Discusión
 - 2.7. Conclusiones
 - 2.8. Agradecimientos
 - 2.9. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.10. Referencias

3. CASOS CLÍNICOS

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento en el campo de la Psiquiatría del niño y el adolescente, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, incluyendo

las citas bibliográficas y pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

1. Página de Título, tal y como se detalla más arriba, en archivo independiente
2. En el documento del manuscrito:
 - 2.1. Título, Resumen y Palabras claves (en español y en inglés), tal y como se detalla más arriba
 - 2.2. Descripción del caso clínico, o desarrollo del comentario
 - 2.3. Discusión, que incluya una revisión bibliográfica de los casos relacionados publicados previamente
 - 2.4. Conclusiones
 - 2.5. Agradecimientos
 - 2.6. Conflictos de interés y cumplimientos éticos
 - 2.7. Referencias
3. Consentimiento informado ([descargar modelo](#))

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

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

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

Las citas deben ajustarse a las siguientes normas generales (normas de Vancouver: <http://www.icmje.org> en castellano <http://www.icmje.org/recommendations/translations/spanish2016.pdf>):

1. Apellido(s) e inicial(es) del autor/es* (sin puntuación y separados por una coma). Título completo del artículo en lengua original. Abreviatura** internacional de la revista seguida del año de publicación, volumen (número***), página inicial y final del artículo (Dunn JD, Reid GE, Bruening ML. Techniques for phosphopeptide enrichment prior to analysis by mass spectrometry. *Mass Spectr Rev* 2010; 29: 29-54).

*Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse

los seis primeros y añadir después las palabras "et al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

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

2. Libro: Autor/es o editor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año (Hassani S. Mathematical physics. A modern introduction to its foundations. New York: Springer-Verlag; 1999).
3. Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/es o Recopilador/es o Editor/es del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. p. página inicial-final del capítulo (Tsytoovich VN, de Angelis U. The kinetic approach to dusty plasmas. En: Nakamura Y, Yokota T, Sukla PK. *Frontiers in dusty plasmas*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 21-28).
5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. Impacts of faulty geometry on fault system behaviors. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009).
4. Citas electrónicas: consultar <http://www.ub.es/biblio/citae-e.htm>. Formato básico: Autor de la página. (Fecha de publicación o revisión de la página, si está disponible). Título de la página o lugar. [Medio utilizado]. Editor de la página, si está disponible. URL [Fecha de acceso] (Land, T. Web extension to American Psychological Association style (WEAPAS) [en línea]. Rev. 1.4. <<http://www.beadsland.com/weapas>> [Consulta: 14 marzo 1997].

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

Se remitirán a revisión externa todos los manuscritos no rechazados en primera instancia por el Comité Editorial. Los manuscritos se remiten al menos a dos revisores considerados como expertos por la *Revista de*

Psiquiatría Infanto-Juvenil. La elección de los revisores para cada trabajo se realizará atendiendo al contenido del manuscrito. Dependiendo de los contenidos del manuscrito podrán solicitarse evaluaciones especializadas técnicas, estadísticas y farmacológicas, cuando los trabajos se refieran a ensayos clínicos y utilización de fármacos. En cualquier caso, todo el proceso de revisión será confidencial y anónimo. Se remitirá a los revisores externos los manuscritos sin la autoría.

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

El portal del que es titular la AEPNyA contiene enlaces a sitios web de terceros, cuyas políticas de privacidad son ajenas a la de la AEPNyA. Al acceder a tales sitios web usted puede decidir si acepta sus políticas de privacidad y de cookies. Con carácter general, si navega por internet usted puede aceptar o rechazar las cookies de terceros desde las opciones de configuración de su navegador.

Información básica sobre protección de datos

A continuación le informamos sobre la política de protección de datos de la Asociación Española de Psiquiatría 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.

46 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 CONFLICTOS 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 CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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