



Infanto-Juvenil

Volumen 41 • Número 4 • 2024

EDITORIAL

Salud mental global infantil y adolescente en el siglo XXI: Crisis y resurgimiento

Víctor Pereira-Sánchez 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Índice de Reactividad Afectiva) en población clínica de adolescentes mexicanos

F. R. de la Peña Olvera, A. Rodríguez Delgado, A. I. Soto Briseño y A. D. Saad Manzanera 9

Experiencias con simulación clínica para la formación de residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia

J. Sánchez-Cerezo, F. Valencia-Agudo, A. Calvo, I. Baltasar Tello, M. Solerdelcoll Arimany, M. Fàbrega Ribera y D. Ilzarbe 24

¿Existe una posible asociación entre la versatilidad de métodos autolesivos no suicidas en la adolescencia y adultez temprana y antecedentes de maltrato infantil?

N. Calvo, J. Lugo-Marín, A. García-Martínez, T. Alonzo-Castillo, S. Ferrer, M. Oriol-Escudé, C. Pérez-Galbarro, J. A. Ramos-Quiroga y M Ferrer 34

Compensación social e identidad en los adolescentes con trastorno del espectro autista

A. M Gago Ageitos, J. Vicente Alba, V. Álvarez Pérez, C. M. García Hijano y M. Vidal Millares 45

NORMAS DE PUBLICACIÓN 58

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2024,41(4)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

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

Secretaría

Paloma Varela Casal

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

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero

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

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

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

Ernesto Cañabate

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

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

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero Escobar

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

Iria Méndez Blanco

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

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Victor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

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

Secretaría Técnica AEPNYA
secretaria.tecnica@aepnya.org
Paseo Arco de Ladrillo 12, Local 2, 47007 Valladolid, España.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Víctor Pereira-Sánchez, MD, PhD 

Department of Psychiatry, Columbia University & Division of Translational Epidemiology and Mental Health Equity, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, EE.UU.

Correo: victor.pereira-sanchez@gmail.com

Salud mental global infantil y adolescente en el siglo XXI: Crisis y resurgimiento

INTRODUCCIÓN

Millones de niñas, niños y adolescentes por todo el mundo están amenazados o afectados hoy en día por una “crisis” global de salud mental. Una crisis que se ha ido gestando, destapando y manifestando durante el inicio del siglo XXI de manera más “invisible” que las plagas y aflicciones responsables de la enorme morbimortalidad infantil de siglos pasados, y cuya gravedad es ahora patente y alarmante. En efecto, los problemas de salud mental en niños y adolescentes conllevan para los que lo sufren, sus familias, y con frecuencia por muchos años o de por vida, una gran carga de sufrimiento, complicaciones, costes sociosanitarios directos e indirectos, y notable letalidad (1).

Las crisis globales a menudo resultan en magníficas oportunidades para ampliar colaboraciones y alianzas entre individuos, comunidades, organizaciones, disciplinas, sectores y naciones para rescatar viejas estrategias, idear nuevas, e implementarlas de forma eficiente y sostenible de acuerdo al contexto cultural y socioeconómico de los beneficiarios y con su participación activa y protagonista (1,2). La salud mental global busca la salud y bienestar mental “para todos, en todas partes” (3). Su área de acción abarca no solo la globalidad geográfica sino también poblacional, y su prioridad es la promoción de la salud mental y el acceso y calidad de servicios para los individuos y poblaciones desfavorecidas en todo el mundo – desde los barrios marginales de ciudades opulentas como Nueva York a las aldeas más remotas de los países más pobres como Mozambique (4).

Esta Editorial pretende ampliar la perspectiva ya mostrada por nuestra Revista en cuanto preocupaciones y esperanzas en salud mental infantil y adolescente (5) al ámbito internacional y global. Pretende invitar a colegas en España a aprender e involucrarse más en la salud mental global, abiertos a aprender e incorporar estrategias de otros países y contextos que puedan ayudar a mejorar nuestra salud mental infantil y adolescente, y a apoyar esfuerzos en países necesitados. A la vez invita de forma más explícita e imperiosa a colegas de todo el mundo a enriquecer nuestra publicación con sus contribuciones científicas.

CRISIS Y MISTERIOS

Si bien una de las áreas más jóvenes de la medicina y la salud, la psiquiatría y salud mental infantil y adolescente ya llevaban existiendo como disciplinas científicas sólidas y servicios oficiales por muchas décadas en numerosos países del mundo. Éstas han existido a menudo relegadas a un segundo plano o incluso marginalidad en cuanto a financiación, mecanismos de formación y certificación, y público conocimiento y atención (6). Si bien la crisis de salud mental global estaba ya en gestación o florecimiento temprano durante el inicio del tercer milenio, fueron los daños inmediatos y diferidos de la brutal pandemia global COVID-19 desde 2020 los que sirvieron para hacer saltar las alarmas de la opinión pública y poderes políticos por todo el mundo. La preocupación creciente y sensación de crisis es palpable en muchos países, en especial en naciones

2

ricas como los EE.UU., reflejada en preocupantes datos de conductas suicidas y en repetidas historias que hablan de servicios de emergencias llenos, largas listas de espera, y la proliferación de sustancias tóxicas y comportamientos adictivos y violencia interpersonal mediados por las tecnologías e internet (1,7).

En realidad, la crisis global es aún más una perspectiva y experiencia compartida por muchos y manifiesta en colecciones de datos de unos pocos países y contextos que una realidad bien cuantificada y caracterizada. Uno de los grandes “misterios” de la crisis actual es el desconocimiento de su extensión, que refleja un gran y antiguo problema aún no resuelto en la salud mental infantil y adolescente: la falta de información epidemiológica representativa, fiable y a gran escala global en cuanto trastornos mentales en esta población. Es notable, aunque no sorprendente, que donde la información es más escasa o inexistente es allí donde las poblaciones infantiles son más abundantes y vulnerables – en los países más pobres del mundo y en minorías demográficas de países más desarrollados (6,8).

Con evidencia tan limitada de la extensión del problema, los esfuerzos por determinar el otro “misterio” – las causas de esta crisis, resultan más desafiantes. La pandemia COVID-19 abrió en sí misma una “caja de pandora” devastadora a través de los daños médicos directos y los confinamientos e impactos en la economía y educación (9). Las últimas décadas han visto enormes y rápidos cambios culturales, sociales y tecnológicos en todo el mundo, así como una globalización de las sociedades con impacto en las experiencias y el crecimiento de niñas y niños. Entre ellos están la urbanización y asociados estilos de vida sedentarios, cambios y fragmentación de las familias y comunidades locales, crisis de los valores cohesivos morales y religiosos tradicionales con emergencia de nuevos valores, más y diversas posibilidades de experimentar con la sexualidad, ocio y sustancias en la adolescencia, el creciente aumento de información y conocimiento y del poder devastador de la violencia, guerra y terrorismo con retransmisión en detalle y directo, y la omnipresencia y permeabilización de la tecnología y el internet. Algunos retos en particular ilustrativos de nuestro tiempo y asociados a creciente atención y fenómenos

de gran controversia social son el creciente número de jóvenes con identificaciones y comportamientos sexuales y de género diversos, que son vulnerables a un mayor riesgo de trastornos mentales e ideación y conductas suicidas (10), la preocupación y angustia en muchos jóvenes por el futuro de la naturaleza y el mundo que heredan en el contexto de cambio climático, desastres naturales y catástrofes con implicaciones para la salud general y mental (11), el alcance universal del trauma de la guerra a través de los medios de comunicación y las forzadas migraciones globales (12), y el internet, tecnologías y las redes sociales que sumergen a los jóvenes en un mundo sin control de tiempo y contenidos y con pérdida de sueño e interacción social personal. Este último frente, referente a la actual era de la “revolución digital”, se encuentra tras la pandemia en el centro de la diana de discusiones sociales, políticas y científicas que aún deben madurar en su entendimiento de las capacidades y efectos positivos y negativos, accidentales o intencionados (13).

Lo que sí se conoce bien, en contraste, es la enorme escasez y disparidad en los recursos disponibles para afrontar esta crisis. Los especialistas en salud mental infantil y adolescente – incluyendo profesionales de las áreas de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional, logopedia y otras – son “especies raras” en todo el mundo, con casi ningún país que alcance o esté cercano a números considerados adecuados por población, y con pocos países que disponen de capacidad para formar especialistas. La proporción de presupuestos estatales dedicados a la salud mental infantil es ínfima e insuficiente en la mayor parte del mundo (14). La investigación y desarrollo de herramientas clínicas para la evaluación y tratamiento de trastornos mentales infantiles son muy escasos, y su implementación es aún menor, en comparación con otras áreas de la salud y salud mental. Y como ocurre con la información, dichos recursos humanos, científicos y materiales son mucho más escasos o inexistentes allí donde más niñas, niños y adolescentes, y más vulnerables, viven – la paradoja del 10/90% que muestra que la inmensa mayoría de la infancia vive en los países y comunidades más desfavorecidos, y que dichos países y comunidades dependan, en el mejor de los casos, de inversión, ciencia, y profesionales extranjeros lo que limita su

capacidad para atender a las necesidades particulares de sus poblaciones de forma sostenible y adaptada a su contexto sociocultural (15).

También sabemos que el estigma y falta de conocimiento en cuanto a salud mental infantil siguen siendo muy profundos y extensos. El estigma se manifiesta de formas diversas y a la vez similares en diversas culturas – desde considerar la enfermedad mental como maldición o pecado en culturas más tradicionales a tratarla como una deficiencia en carácter o disciplina en Occidente. A ellos se les puede achacar en buena parte la escasa financiación, falta de profesionales y discriminación o tratamiento deficiente o abusivo de personas con trastornos mentales desde su infancia, llegando a veces al punto de violaciones de derechos humanos (6).

RESURGIR Y CONSTRUIR: GLOBAL ES LOCAL, LOCAL ES GLOBAL

La valiosa oportunidad que nos ofrece esta crisis es la de catalizar la preocupación e interés social generalizados e internacionales para colaborar en el "resurgir y construir" de una salud mental global infantil y adolescente que atienda de manera más eficaz y justa las necesidades en todos los países y a fondo en cada país. Una oportunidad para en algunos casos reforzar, en muchos renovar, y en muchos otros, crear, sistemas de salud mental.

Más allá de seguir esperando de todos los países una mayor inversión en salud mental infantil – servicios, especialistas, investigación –, no existen recetas universales, ya que la salud mental y sus cuidados es un área de salud en particular relacionada con factores socioeconómicos y culturales, cuyo abordaje e implementación de estrategias debe efectuarse de forma diferente de acuerdo al contexto en cada país y comunidad. Lo que sí que existe es la capacidad de colaboración, aprendizaje e implementación para estudiar estrategias efectivas en ciertos contextos e identificar elementos clave que pueden ser adaptados en otros contextos. Si bien en biomedicina la teoría, práctica y tecnología desarrollada en países ricos occidentales es dominante y se ha exportado por todo el mundo, en salud mental estamos cada vez más aprendiendo de modelos de países en desarrollo e importándolos para atender a las necesidades no satisfechas por nuestros sistemas.

Muchos lugares donde los especialistas y recursos en psiquiatría y salud mental son muy pocos o ninguno han desarrollado estrategias creativas que pueden resultar valiosas en países con sistemas de salud mental bien desarrollados pero insuficientes para atender la creciente demanda y poblaciones y áreas geográficas más periféricas (16,17). Global es local y local es global: el enfoque de la salud mental global, a través de este espíritu de colaboración y aprendizaje mutuo, tiene la capacidad de entender y cuidar de las necesidades de los "sin techo" y minorías étnicas del barrio aquí en Nueva York y de las familias en los arrabales de Nampula, Mozambique (4).

Los esfuerzos para obtener un alivio de la crisis actual, e incluso ejecutar la revolución que sería necesaria para revertirla, requieren también globalidad en el enfoque colaborativo. Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental infantil deben no solo colaborar de forma leal, estrecha y coordinada entre sí, sino también con atención primaria, los sectores de la investigación, servicios sociales y educativos, el sistema judicial, y organizaciones e individuos en los sectores gubernamental y no gubernamental, así como con organismos internacionales en el ámbito de la salud y salud mental global como la Organización Mundial de la Salud y la International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP). Las niñas, niños, adolescentes y familias a las que sirven deben ser co-protagonistas de las estrategias de salud mental infantil y no solo beneficiarios o participantes solo en nombre.

Destaco algunos modelos y estrategias de particular interés en salud mental global. El modelo de atención escalonada ("stepped care") distribuye los servicios y pasos de atención en una pirámide con una fuerte base de estrategias prevención y promoción de la salud seguida de una amplia y robusta atención primaria y escalando niveles desde los ámbitos comunitarios y ambulatorios hasta niveles hospitalarios especializados (18). La atención colaborativa establece equipos en atención primaria que cuentan un psiquiatra consultor para las decisiones terapéuticas ("collaborative care") (19). Se ha propuesto también un modelo más comprensivo, de "salud total" ("total health") que integre atención primaria, salud pública y salud mental (20). Una

4

poderosa estrategia desarrollada en países de bajos recursos es el de compartir y delegar tareas (“task shifting and task sharing”), en la que que individuos sin formación especializada en salud o salud mental son entrenados y supervisados para realizar tareas asistenciales, incluyendo evaluación e intervenciones psicosociales en personas con casos leves-moderados y derivación de personas con casos graves. Estos individuos son personas accesibles y respetadas en la comunidad (por ejemplo, barberos, clérigos, ancianos, líderes) que proporcionan así una atención más cercana e inmediata a muchas personas, alivian la carga asistencial de los recursos y profesionales sanitarios situándose en la base del modelo de atención escalonada, y realizan intervenciones eficaces y basadas en la evidencia para individuos con problemas psicosociales o trastornos que no necesitan atención especializada (21–23). Un ejemplo en desarrollo que integra colaboración y aprendizaje mutuo internacional, delegación de tareas y atención escalonada es el desarrollado en Mozambique a través de Partnerships in Research to Implement and Disseminate Sustainable and Scalable Evidence-Based Practices (PRIDE) y en implementación actual en poblaciones desfavorecidas de Nueva York a través del Mental Wellness Equity Center que entrena, certifica y supervisa a individuos en la comunidad en el uso de herramientas basadas en evidencia para identificar presentaciones de trastornos de salud mental y proporcionar una primera intervención de acuerdo con la gravedad y urgencia de los mismos: desde terapias breves y simplificadas basadas en el modelo interpersonal, la entrevista motivacional o desescalada de ideación suicida a la conexión de individuos con trastornos graves o alto riesgo suicida con recursos especializados de salud mental (4).

En el marco de la colaboración amplia con diversos sectores sociales, destaco los ámbitos de la escuela, las comunidades de fe, la opinión pública y la política y la filantropía. La escuela, donde las niñas, niños y adolescentes pasan gran parte de su tiempo diurno, es un ámbito muy valioso para intervenciones de alcance universal y en la comunidad como educación para profesionales escolares, alumnos y familias y programas de detección temprana de problemas y enlace y colaboración con servicios asistenciales (24). Las comunidades de fe, como las

iglesias, son organizaciones, grupos y lugares donde muchas personas acuden, se encuentran y participan en expresiones de sociabilidad, solidaridad, espiritualidad y religiosidad, son considerados seguros y sagrados, y donde se busca consuelo, apoyo y dirección, lo que las hace idóneas para estrategias de salud mental global enfocadas en colaboraciones con comunidades locales y sus líderes para el apoyo a la salud mental de poblaciones con gran afiliación religiosa, como las minorías hispanas, musulmanas y de raza negra en EE.UU. (25). Las perspectivas sociales en torno a la salud mental, incluyendo el grado de conocimiento y de estigma, y las políticas e inversiones en salud mental se basan mucho más en la opinión pública y la política que en los conocimientos y trabajo clínico y científico de los especialistas y expertos en psiquiatría y salud mental, por lo que los esfuerzos por promover contenidos y maneras de hablar sobre la salud mental que sean veraces y positivos en los medios de comunicación tradicionales y no convencionales (incluyendo redes sociales) (26) y la incidencia social y política para promover decisiones ejecutivas, legislativas y judiciales para el bien de las personas y familias a las que servimos (“advocacy”) (27,28) son áreas cruciales en salud mental global. La filantropía representa un punto de apoyo fundamental para la financiación y promoción de iniciativas más allá del alcance del estado y en posible colaboración con el mismo, con potencial de mayor flexibilidad, innovación y riesgo basados en la generosidad y visión de los financiadores, y ejemplos actuales y notables en el ámbito de la salud mental infantil son el programa en salud mental y las becas para periodistas en salud mental del Carter Center (29), el programa multi iniciativa que incluye becas y otras estrategias internacionales del Stavros Niarchos Foundation (SNF) Global Center for Child and Adolescent Mental Health at the Child Mind Institute, donde el autor lideró el diseño e inicio de becas para clínicos, investigadores y comunicadores incluyendo la formación del primer equipo clínico multidisciplinar de salud mental infantil y adolescente de Mozambique en colaboración con IACAPAP (30), y en España la Fundación Alicia Koplowitz, con su programa de becas internacionales para la formación de especialistas pioneros en psiquiatría y psicología clínica infantil y adolescente y neuropsiquiatría, sus

ayudas a la investigación nacional en esas áreas, y la implementación de intervenciones en colegios para la formación de profesionales escolares y enlace con servicios de salud mental, entre otras iniciativas (31).

No se puede hablar de los inconvenientes y desafíos de la tecnología e internet sin considerar también el valor de su buen uso en la salud mental global. Hoy en día estas herramientas son omnipresentes y penetran más allá de donde los profesionales y servicios de salud mental pueden alcanzar, como áreas rurales remotas de países ricos, ciudades y aldeas de países de bajos recursos en todo el mundo, y zonas afectadas por desastres naturales y guerras (32). La pandemia COVID-19 forzó al mundo a abrir y mejorar estrategias remotas de alcance amplio, y también demostró sus limitaciones (33). La capacidad de las tecnologías digitales para expandir la comunicación y colaboración remota y para capturar y procesar información a gran escala se está reflejando en ideas e iniciativas de gran potencial para la salud mental global, como la formación a distancia de profesionales de salud mental sin personal docente local, la atención diagnóstica y terapéutica individual remota a pacientes y familias, educación para pacientes y público general a través de recursos web y campañas en redes sociales, y el uso de “chatbots” e inteligencia artificial para generar conversaciones sustanciosas entre individuos y “máquinas” especialmente en contextos donde individuos expertos no están disponibles (34,35). Este potencial requiere de mayor estudio, validación en diversos contextos y culturas e implementación de estas tecnologías, y consideración de los aspectos técnicos, éticos, legales, y de equidad (36).

El panorama de desafíos y oportunidades en salud mental global presenta una perspectiva novedosa y valiosa para reforzar el rol de cada profesional de la salud mental infantil y adolescente. Destaco para esta Editorial en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA) el rol del psiquiatra infantil y adolescente, que en cualquier contexto mundial actual, y en especial en lugares donde son más escasos o incluso los primeros y únicos, deben ser formados y apoyados como líderes, con habilidades y conocimientos más allá de los científicos y clínicos. Líderes con extraordinaria capacidad para organizar

y dirigir trabajo clínico multidisciplinar en equipo, liderar o supervisar investigación necesaria para orientar la atención clínica local, formar, educar y supervisar a colaboradores clínicos y no clínicos (por ejemplo, profesionales escolares) para atender las demandas de una población a la que ellos solos no pueden ni deben alcanzar, humildad y sensibilidad para atender a poblaciones con diversidad cultural y socioeconómica, y para ser figuras respetadas, expertas y consultadas en la sociedad civil (37).

CONCLUSIÓN

La salud mental infantil y adolescente afronta una crisis global desde principios del siglo XXI, y de manera más patente desde la pandemia COVID-19. La morbilidad y demanda de atención son crecientes pero los conocimientos, recursos y profesionales son escasos. Las causas y factores contribuyentes a la crisis no son bien comprendidos, pero la crisis presenta una oportunidad para el resurgimiento y la construcción de la salud mental infantil y adolescente en colaboración internacional y con diversos sectores sociales para aprender, importar y exportar con adaptaciones estrategias innovadoras apoyadas por la evidencia en lugares de bajos recursos a escala local y global. La crisis es una oportunidad para que los psiquiatras de la infancia y la adolescencia refuercen su capacidad de liderazgo y colaboración amplia multidisciplinar y en la sociedad civil y dominen el potencial positivo de la tecnología digital. La salud mental global infantil y adolescente resurgente de la crisis puede y debe llegar a ser más eficaz, eficiente y justa. Invito a colegas en la AEPNYA, en España y en todo el mundo a seguir colaborando en viejas y nuevas estrategias para responder a los retos de las poblaciones en las que vivimos y a las que servimos, sin dejar a nadie atrás a nadie en ningún lugar.

NOTA

Esta Editorial representa la perspectiva científica y profesional del autor y no de las instituciones con que está afiliado. El autor ha sido beneficiario (becario de la Fundación Alicia Koplowitz), colaborador (consultor y docente en la formación a profesionales escolares

6 de la Fundación Alicia Koplowitz) o empleado (Director of Global Fellowships, Stavros Niarchos Foundation Global Center for Child and Adolescent Mental Health at the Child Mind Institute) en algunas de las organizaciones específicas mencionadas en el artículo, que presenta como ejemplos ilustrativos más conocidos por él, pero no posee conflicto de interés financiero relacionado con la mención de las mismas. La posición actual del Dr. Pereira-Sánchez está financiada por la beca T32MH096724 del National Institute of Mental Health (NIMH) de los EE.UU. El autor está particularmente agradecido al NIMH por este apoyo, que ha hecho posible el trabajo en esta Editorial, y a su mentor actual, Dr. Milton L. Wainberg.

REFERENCIAS

1. McGorry PD, Mei C, Dalal N, Alvarez-Jimenez M, Blakemore SJ, Browne V, et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2024 Sep 1;11(9): 731-74.
2. Ransing R, Koh EBY, Ramalho R, de Filippis R, Pinto da Costa M, Pereira-Sanchez V, et al. Collaborative research on mental health in the post-COVID-19 era: an early career psychiatrists' perspective. *Front Psychiatry*. 2023;14:1230059. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1230059>
3. Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*. 2010 May 19;303(19):1976-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.616>
4. Giusto A, Jack HE, Magidson JF, Ayuku D, Johnson S, Lovero K, et al. Global Is Local: Leveraging Global Mental-Health Methods to Promote Equity and Address Disparities in the United States. *Clin Psychol Sci*. 2024 Mar;12(2): 270-89. <https://doi.org/10.1177/21677026221125715>
5. Lázaro García L. Retos y oportunidades para la salud mental en la infancia y la adolescencia en el siglo XXI. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2023;40(3): 1-3. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n3a1>
6. Skokauskas N, Fung D, Flaherty LT, von Klitzing K, Pūras D, Servili C, et al. Shaping the future of child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2019 Apr 11;13(1):19. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0279-y>
7. Benton T, Njoroge WFM, Ng WYK. Sounding the Alarm for Children's Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Pediatrics*. 2022 Apr 4;176(4): e216295. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.6295>
8. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Ameis SH, Brunoni AR, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 2024 Apr 1;81(4): 347-56. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5051>
9. Bevilacqua L, Fox-Smith L, Lewins A, Jetha P, Sideri A, Barton G, et al. Impact of COVID-19 on the mental health of children and young people: an umbrella review. *J Epidemiol Community Health*. 2023 Nov 1;77(11): 704-9. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-220259>
10. Gzesh AS, Jelinek SK, Sanders RA. Rainbow resilience: Addressing the mental health needs of sexual- and gender-diverse youth. *Contemporary Pediatrics*. 2024 Mar 11;40(02). Available from: <https://www.contemporarypediatrics.com/view/addressing-the-mental-health-needs-of-sexual-and-gender-diverse-youth>
11. Karaliuniene R, Campana AM, Ori D, de Filippis R, Shoib S, Saeed F, et al. Effects of the Global Ecological Crisis on the Mental Health of Children and Adolescents: An International Perspective. *Psychiatr Danub*. 2022;34(2): 296-8. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.296>

12. Vostanis P. Mental health provision for children affected by war and armed conflicts. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2024 Jun 15;33(9):3293.
<https://doi.org/10.1007/s00787-024-02492-w>
13. General (OSG) O of the S. Social Media and Youth Mental Health. In: *Social Media and Youth Mental Health: The US Surgeon General's Advisory*. US Department of Health and Human Services; 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594759/>
14. World Health Organization. *Mental Health ATLAS 2020*. 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
15. Closing the global gap in adolescent mental health. *Nat Med*. 2024 Feb;30(2): 309-10.
<https://doi.org/10.1038/s41591-024-02846-6>
16. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2017 May 8;13: 149-81. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
17. Belz FF, Vega Potler NJ, Johnson INS, Wolthusen RPF. Lessons From Low- and Middle-Income Countries: Alleviating the Behavioral Health Workforce Shortage in the United States. *PS*. 2024 Jul;75(7): 699-702.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.20230348>
18. Berger M, Fernando S, Churchill A, Cornish P, Henderson J, Shah J, et al. Scoping review of stepped care interventions for mental health and substance use service delivery to youth and young adults. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022;16(4): 327-41.
<https://doi.org/10.1111/eip.13180>
19. Reist C, Petiwala I, Latimer J, Raffaelli SB, Chiang M, Eisenberg D, et al. Collaborative mental health care: A narrative review. *Medicine*. 2022 Dec 30;101(52): e32554. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032554>
20. Sorel E. Translating Scientific Evidence into Global Health Policy: Making Mental Health Count for Individuals' and Populations' Health. *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2016 Sep;32(3): 185.
<https://doi.org/10.4103/0971-9962.193194>
21. Hoeft TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-Sharing Approaches to Improve Mental Health Care in Rural and Other Low-Resource Settings: A Systematic Review. *J Rural Health*. 2018 Dec;34(1): 48-62.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12229>
22. Chibanda D, Mesu P, Kajawu L, Cowan F, Araya R, Abas MA. Problem-solving therapy for depression and common mental disorders in Zimbabwe: piloting a task-shifting primary mental health care intervention in a population with a high prevalence of people living with HIV. *BMC Public Health*. 2011 Oct 26;11(1): 828.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-828>
23. Bolton P, West J, Whitney C, Jordans MJD, Bass J, Thornicroft G, et al. Expanding mental health services in low- and middle-income countries: A task-shifting framework for delivery of comprehensive, collaborative, and community-based care. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*. 2023 Jan;10: e16.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2023.5>
24. Camacho-Rubio J, Ulloa Á, Parellada M, Pina-Camacho L, M. Díaz-Caneja C, Sevilla-Cermeño L, et al. The Mental Health Clinical Liaison Programme for Schools: developing a new approach in Child and Adolescent Mental Healthcare in Spain. *International Review of Psychiatry*: 1-11.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2409187>

25. Perez LG, Cardenas C, Blagg T, Wong EC. Partnerships Between Faith Communities and the Mental Health Sector: A Scoping Review. *Psychiatr Serv.* 2024 Oct 2; appips20240077. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20240077>
26. Peek HS, Richards M, Muir O, Chan SR, Caton M, MacMillan C. Blogging and Social Media for Mental Health Education and Advocacy: a Review for Psychiatrists. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Nov;17(11): 88. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0629-2>
27. Kirmayer LJ, Kronick R, Rousseau C. Advocacy as Key to Structural Competency in Psychiatry. *JAMA Psychiatry.* 2018 Feb 1;75(2):119-20. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3897>
28. Pereira-Sanchez V. An Early Career Child Psychiatrist & Advocate in the Washington Heights. *NYCCAP News.* 2022 Sep;: 6-7.
29. The Carter Center. Mental Health Program. Available from: https://www.cartercenter.org/health/mental_health/index.html
30. Child Mind Institute. The Stavros Niarchos Foundation Global Center for Child and Adolescent Mental Health. Available from: <https://childmind.org/global/snf-global-center/>
31. Fundación Alicia Koplowitz. Fundación Alicia Koplowitz. Available from: <https://fundacionaliciakoplowitz.org/>
32. Naslund JA, Gonsalves PP, Gruebner O, Pendse SR, Smith SL, Sharma A, et al. Digital Innovations for Global Mental Health: Opportunities for Data Science, Task Sharing, and Early Intervention. *Current treatment options in psychiatry.* 2019 Sep 7;6(4):337. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00186-8>
33. Ramalho R, Adiukwu F, Gashi Bytyçi D, El Hayek S, Gonzalez-Diaz JM, Larnaout A, et al. Telepsychiatry and healthcare access inequities during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020 Oct 1;53: 102234. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102234>
34. Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry.* 2021;20(3): 318-35. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>
35. Lahutina S, Frankova I, Gruen M, Vermetten E, Zohar J, Spitschan M, et al. A digital self-help tool to promote mental well-being for Ukrainians affected by war - Assessing predictors of stress. *Neuroscience Applied.* 2024 Jan 1;3: 104089. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104089>
36. Kuhn E, Saleem M, Klein T, Köhler C, Fuhr DC, Lahutina S, et al. Interdisciplinary perspectives on digital technologies for global mental health. *PLOS Global Public Health.* 2024 Feb 5;4(2): e0002867. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002867>
37. Barnes A, Masood Y, Tembunde M, Stewart AJ. Skills Needed in Psychiatrist Leadership for Building and Sustaining Child Mental Health Systems of Care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2024 Oct 1;33(4): 755-64. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2024.03.016>

Francisco Rafael de la Peña Olvera¹ 
Andrés Rodríguez Delgado¹ 
Alejandro Irvin Soto Briseño¹ 
Assad Daniel Saad Manzanera^{1*} 

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”,
Ciudad de México, México.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Assad Daniel Saad Manzanera
Correo: assadsm@imp.edu.mx

Estudio de validez y confiabilidad de la escala de irritabilidad: ARI (Índice de Reactividad Afectiva) en población clínica de adolescentes mexicanos

Validity and reliability study of the irritability scale: ARI (Affective Reactivity Index) in a clinical population of Mexican adolescents

RESUMEN

Introducción: La irritabilidad crónica (IC) es un constructo transdiagnóstico. Se ha estudiado a través del Índice de Reactividad Afectiva (ARI) el cual es una de las más comúnmente usadas y estudiadas a nivel global. **Objetivos:** Determinar la consistencia interna, la validez del constructo, convergente y divergente, la fiabilidad test-retest y la fiabilidad interinformante, y establecer la prueba diagnóstica para ambas versiones de la escala ARI. **Material y métodos:** Se evaluaron adolescentes y sus padres, se entrevistaron semiestructuradamente (K-SADS-PL-5) y se completaron los instrumentos para los procesos de validez con los adolescentes y sus padres. Se utilizaron contrastes con χ^2 , correlaciones con r de Pearson y se obtuvieron los valores de la prueba diagnóstica. **Resultados:** Se evaluaron 83 adolescentes y sus tutores. Encontramos una alfa de Cronbach de 0,918 en versión ARI adolescentes (ARI-A) y de 0,904 para ARI padre/tutor (ARI-P). El análisis de componentes principales determinó un solo factor explicando una varianza de 79% en ARI-A y 75% en ARI-P. Se encontró fiabilidad test-retest de 0,42-0,67 en ARI-A y 0,35-0,53 en ARI-P. La fiabilidad interinformante global fue de K= 0,24, p=0,002. Las áreas bajo la curva fueron 0,640 para ARI-A y 0,753 para ARI-P. **Conclusión:** La escala ARI presenta adecuada validez y confiabilidad en la medición de IC en adolescentes mexicanos con psicopatología.

ABSTRACT

Introduction: Chronic irritability (CI) is a transdiagnostic construct. It has been studied through the Affective Reactivity Index (ARI) instrument, which is one of the most used and studied globally. **Objectives:** To determine internal consistency, construct validity, convergent validity and divergent validity, test-retest reliability, and inter-informant reliability, and establish the diagnostic test for both versions of the ARI scale. **Materials and methods:** Adolescents and their parents were assessed, they were interviewed with a semi-structured instrument (K-SADS-PL-5) and answered to different instruments for process validity. Contrasts with χ^2 , correlations with Pearson r were used and diagnostic test values were obtained. **Results:** 83 adolescents and their parents were included. We found a Cronbach's alpha of 0,918 for ARI adolescents (ARI-A) and 0,904 for ARI parent/guardian (ARI-P). The principal components analysis determined a single factor explaining a variance of 79% in ARI-A and 75% in ARI-P. Test-retest reliability of 0,42-0,67 was found in ARI-A and 0,35-0,53 in ARI-P; interinformant reliability was significant K= 0,24, p=0,002. The areas under the curve were 0,640 for ARI-A and 0,753 for ARI-P. **Conclusion:** The ARI scale presents adequate validity and reliability in measuring CI in Mexican adolescents with psychopathology.

10 **Palabras clave:** psicopatología, irritabilidad, psicometría, psiquiatría adolescente, resultados de reproducibilidad.

Keywords: Psychopathology, Irritable Mood, Psychometrics, Adolescent Psychiatry, Reproducibility of Results.

INTRODUCCIÓN

La irritabilidad es un constructo transdiagnóstico, abarca al menos 15 diagnósticos dentro de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiatría Americana (DSM-5, por sus siglas en inglés) (1). A pesar de la extensión de este fenómeno, el DSM no lo define explícitamente; ha sido difícil de caracterizar y definir en varios ámbitos ya que forma parte de constructos relacionados como el enojo, la agresividad, la hostilidad y los estados depresivos, por lo que recientemente se ha propuesto la siguiente definición: “La irritabilidad es un estado de ánimo de agitación fisiológica parcial caracterizado por un aumento de la sensibilidad a los estímulos sensoriales y una disminución no mediada por la cognición del umbral para responder con ira y/o agresividad a estímulos normalmente menos molestos; está causada por factores que afectan directamente a la fisiología y/o la biología, como el hambre, la falta de sueño, el dolor y la fatiga” (2). Con frecuencia, los niños sin psicopatología presentan diversos periodos de irritabilidad, particularmente durante algunas fases específicas del desarrollo humano; sin embargo, su presencia recurrente, disruptiva y fuera de lo esperado al desarrollo, representa una condición clínica para la salud mental (3,4).

Desde hace más de una década se tiene evidencia que los niños y adolescentes que presentan irritabilidad crónica (IC) en los diferentes trastornos psiquiátricos, tienen diferencias importantes en varios correlatos clínicos (5). La IC presente a edades tempranas está asociada a desenlaces depresivos subsecuentes (6,7), por lo que su identificación temprana es importante. El estudio de un instrumento que pueda evaluar de forma consistente la IC permitiría una identificación temprana de este problema (8). El

Índice de Reactividad Afectiva (ARI, por sus siglas en inglés de *Affective Reactivity Index*), es uno de los instrumentos más usados en todo el mundo (5) y es el instrumento recomendado por DSM-5 para la medición transversal de los síntomas de irritabilidad crónica en niños y adolescentes (9).

El ARI fue diseñado por Stringaris en 2012, momento en que el autor realizó un estudio con población clínica y comunitaria de Estados Unidos de América (EUA) y del Reino Unido. Es un instrumento conciso de 7 ítems en formato de autorreporte en dos versiones para el padre/tutor (ARI-P) y para el niño/adolescente (ARI-A) (8). Este instrumento conceptualiza y operacionaliza la IC de forma breve y sencilla, como una tendencia a ser molestado o presentar labilidad emocional, ira y/o rabietas. La irritabilidad es medida durante los últimos 6 meses, lo cual es considerado como una característica de cronicidad. Examina 3 aspectos de irritabilidad: umbral para reaccionar con enojo, frecuencia de afecto/conducta de enojo y duración de éstos últimos. La escala está diseñada para su uso como instrumento de cribaje en la práctica clínica y en estudios epidemiológicos, se ha traducido a más de 15 lenguajes y ha sido probada en población clínica y comunitaria en varios países: Australia (10), Brasil (11), China (12), Italia (13), España (14) y EUA (15), en los que se ha encontrado propiedades psicométricas similares en cuanto a estructura de un solo factor y validez interna.

El estudio llevado a cabo en Australia incluyó adultos y adolescentes, encontró propiedades psicométricas similares al estudio original de la escala y también describieron correlaciones positivas con síntomas de depresión y ansiedad incluyendo ansiedad social (10). El estudio en Brasil fue constituido por población escolar y encontró buena consistencia interna y con estructura unifactorial,

además describieron mayor correlación de ARI con la dimensión de ansiedad relacionadas a distrés que la correlación con fobias, así como mayores puntajes de disfunción (11). El estudio en China se integró por población clínica ambulatoria, y encontró que la medición de la irritabilidad se asoció con comportamientos agresivos, síntomas ansiosos, depresivos y problemas con pares (12). El estudio en Italia incluyó adultos y adolescentes y encontró adecuada consistencia interna y el análisis factorial apoya la estructura unifactorial (13). El estudio en España estudió el ARI respondido por los profesores y reportó una adecuada consistencia interna y asociaciones con otras escalas, mas no se aplicaron las escalas ARI-P ni ARI-A (14). El estudio de los EUA incluyó a 237 niños y adolescentes, pacientes ambulatorios referidos a terapia, este estudio arrojó un solo factor en el análisis del constructo y la irritabilidad se asoció con problemas internalizados, externalizados y la regulación emocional (15).

Tomando en cuenta la necesidad de contar con un instrumento válido y confiable en población hispanoparlante en las versiones ARI-P y ARI-A, se propuso el estudio de validez y confiabilidad de este instrumento. El objetivo del presente estudio fue determinar la consistencia interna, la validez del constructo, validez de criterio externo, divergente y convergente, la fiabilidad test-retest, la interinformante, así como la determinación de la sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente fue un estudio de proceso, comparativo y en población de adolescentes y sus padres.

Población

Se incluyeron adolescentes admitidos para atención y tratamiento externo en la Clínica de la Adolescencia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) en la Ciudad de México, con edades de 13 a 17 años. Se excluyeron aquellos que no supieran leer y/o escribir, que presentaran algún grado de discapacidad intelectual, o síntomas psicóticos. Se eliminaron los pacientes que realizaran llenado incompleto de escalas auto-aplicables.

Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo con aprobación del Comité de Ética en Investigación del INPRFM (Ref: CEI/C/68/2014) siguiendo todos los principios para la investigación en humanos establecidos en la declaración de Helsinki (16). Se obtuvo el consentimiento/asentimiento informado por escrito de cada uno de los padres/tutores y adolescentes, respectivamente.

PROCEDIMIENTO

Después de la obtención del consentimiento/asentimiento tanto los padres como los adolescentes completaron las diferentes escalas. En la misma entrevista el investigador principal realizó la evaluación para los apartados del Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional (TDRE) y del Trastorno Oposicionista Desafiante (TOD) de la entrevista del K-SADS-PL-5 (Por sus siglas en inglés *Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime version*) versión del DSM-5 (17).

Una semana después los psiquiatras certificados adscritos del servicio establecieron el diagnóstico principal mediante una entrevista clínica utilizando la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS-CA-29, por sus siglas en inglés de *Brief Psychiatric Rating Scale for Children & Adolescents* versión de 29 ítems) (18). En esta misma consulta se realizaron el re-test del ARI-P y del ARI-A.

INSTRUMENTOS

ARI

El ARI es una escala breve que consta de 6 ítems que evalúan irritabilidad crónica e incluye un reactivo al respecto del deterioro en el funcionamiento debido a esta en ambas versiones. Los participantes responden sobre 3 puntos en una escala tipo Likert (0 = no es cierto, 1= algo cierto, 2 = totalmente cierto) al respecto de los últimos 6 meses. La versión ARI-P y ARI-A son similares, sólo cambia la redacción de las preguntas, por ejemplo: “la conducta o sentimientos de su hijo” para el caso del ARI-P y “tu conducta

12

o sentimientos” para el caso de la versión ARI-A. Se usó una traducción al español latinoamericano realizada por la Dra. Andrea Abadí en Buenos Aires, Argentina y avalada por el equipo de Stringaris (19), la cual fue obtenida del repositorio en internet y se anexa al final de este manuscrito.

Recientemente se reexaminó psicométricamente las propiedades de la escala ARI en su lenguaje original en una muestra clínica independiente, demostrando buena consistencia interna para la ARI-P (rango alfa/omega 0,88-0,90) y para la ARI-A (rango alfa/omega 0,79-0,90), y una estructura de factor unidimensional tanto el modelo específico de informante y el multi-informante (CFI/TLI >0,95 y >0,98, respectivamente) (15). En este estudio la irritabilidad reportada por padres tenía mayor consistencia que la reportada por niños. Al evaluar la validez convergente de la IC mediante el ARI, se encontró una asociación significativa con variables internalizadas y externalizadas, especialmente con la agresión reactiva, el enojo, la desregulación y los problemas de afrontamiento (15). Mulraney reporta en una pequeña muestra de adolescentes que un punto de corte de 4 en ARI-A y de 3 en ARI-P podría ser un indicador de presencia de psicopatología en general, mas no se ha descrito otro punto de corte con esta escala (20).

Usando la teoría de la respuesta a ítems, se ha encontrado que el ARI es la mejor medición para evaluar la irritabilidad infantil a lo largo de diferentes periodos, pero pierde confiabilidad con niveles más graves de irritabilidad (21). Un estudio psicométrico reciente de análisis de redes reportó que los ítems centrales de la escala eran el reactivo seis “Pierdo la paciencia fácilmente,” cinco “Me enojo fácilmente,” y dos “Pierdo la paciencia frecuentemente”; y que los reactivos tres “Permanezco enojado mucho tiempo” y cuatro “Estoy enojado la mayor parte del tiempo” tienen la capacidad de capturar los niveles más graves de irritabilidad (22). La versión ARI-P también se ha estudiado en población infantil de 3 a 8 años y se ha observado estructura de factor único (23,24).

Instrumentos para adolescentes

La escala de autorreporte para depresión de Birlson (DSRS, por las siglas en inglés de *Depression*

Self Rating Scale) es un instrumento de autorreporte de tipo Likert que consta de 18 reactivos que pueden puntuar de cero al dos, siendo la máxima calificación de 36 (25). La utilización de esta escala como prueba diagnóstica tiene una sensibilidad de 87% y una especificidad de 74% cuando el punto de corte es de 14 puntos. Se ha traducido y validado al español en población mexicana, con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,85) (26), la traducción se encuentra como anexo en dicha publicación.

El SCARED (SCARED, por las siglas en inglés de *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*) (27) es un instrumento de tamizaje para varios trastornos de ansiedad, consta de 41 reactivos y se han reportado 5 factores: somático/pánico, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, fobia social y fobia escolar. Se ha observado que el SCARED cuenta con una buena consistencia interna, con alfas de Cronbach de 0,74 a 0,93 y coeficientes de correlación intraclase en un rango de 0,70 a 0,90 (28). La validación de dicha escala en idioma español en población comunitaria mostró los mismos cinco factores y una consistencia interna general de 0,90.

Instrumento para padres

El padre/tutor respondieron el cuestionario de Swanson, Nolan y Pelham IV (SNAP IV) versión padre/tutor (29). Es una escala que evalúa los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), consta de dos subescalas: inatención e hiperactividad/impulsividad, cada una de las cuales considera nueve preguntas al respecto de cada dimensión de síntomas del cero a tres de acuerdo con la intensidad de dichos síntomas, los cuales son los considerados por el DSM-IV-TR para el diagnóstico de TDAH. Esta escala se ha usado comúnmente en estudios de tratamiento para TDAH (30) a pesar de que sus propiedades psicométricas no se han publicado detalladamente (31). Un estudio reciente de validación en niños concluyó que los puntajes mostraban alta sensibilidad pero baja especificidad para diagnóstico clínico y que puede ser una medida válida para desenlaces en estudios aleatorizados controlados y en entorno clínico (32). Usamos una versión adaptada al español en población argentina, arrojando una sensibilidad de

54% y una especificidad de 78% para inatención, mientras que para hiperactividad-impulsividad estos valores fueron de 86% y 73,5%, respectivamente (29).

Entrevistas Diagnósticas

El K-SADS-PL-5 es una entrevista semiestructurada diseñada para el diagnóstico de varios trastornos psiquiátricos infantiles en el presente y a lo largo de la vida (33). Esta entrevista es un instrumento diagnóstico que ofrece ventajas como la disminución de la variabilidad en la recolección de la información y permite que los pacientes y sus padres participen en una evaluación integral de las emociones y la conducta del paciente, por lo que es considerada un *gold standard* diagnóstico para fines de investigación. Para este estudio se aplicaron los suplementos de TDRE y TOD del K-SADS-PL-5 versión en español para Latinoamérica; la confiabilidad interevaluador se reportó para el TDRE $K=0.53$ (IC 0,34 - 0,71) y para el TOD $K=0,80$ (IC 0,69 - 0,92) (34).

El instrumento BPRS-CA (35) es una entrevista semiestructurada comprensiva que permite una evaluación de varios grupos de trastornos incluyendo trastornos de conducta, del control de los impulsos, depresivos, psicóticos, de inatención e hiperactividad, del lenguaje, de ansiedad, de estrés y del sueño. Se ha realizado validación al español en Colombia, encontrando alfa de Cronbach de 0,85 (36). Para este estudio se usó la versión mexicana compuesta por 29 reactivos, que se adaptó en la Clínica de la Adolescencia del INPRFM (37). Esta versión tiene cinco reactivos más que la versión original, los cuales evalúan trastornos de la eliminación, hipertimia, uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, falta de emociones prosociales, además de evaluar abuso psicológico y sexual. La confiabilidad ínter evaluador y test-retest es de $r=0,824$ y $r=0,661$, respectivamente (37).

Análisis estadístico

Este estudio se llevó a cabo utilizando pruebas estadísticas con una confianza del 95%. Para la descripción de los datos se utilizaron medidas de tendencia central. La consistencia interna se

estableció mediante la obtención de alfa de Cronbach. La validez de constructo se realizó a través de un análisis de componentes principales con objetivo de reducir dimensiones de una manera interpretable, con rotación ortogonal tipo varimax para simplificar la interpretación sin perder varianza (38), considerando que todos los estudios sobre la escala ARI han reportado sólo un factor. Se construyó una matriz de correlaciones mediante la obtención de un coeficiente de correlación policórico a través del método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados. La validez de criterio externo se estableció a través del contraste de los diagnósticos de TDRE y de TOD obtenidos con K-SADS-PL-5 con tres diferentes puntos de corte de la escala ARI, utilizando tres diferentes cuartiles: 25, 50 y 75; por lo que hubieron diferencias en los puntos de corte para ARI-A (cuatro, seis y ocho puntos) y ARI-P (tres, seis, y diez puntos). Para determinar la validez divergente (SNAP-IV) y convergente (DSRS y SCARED) se usaron estos mismos puntos de corte mencionados de ARI-A y ARI-P; esto resulta en una operacionalización en categorías de la ARI frente a operacionalización continua de las otras escalas, por lo que se determinó usar χ^2 en lugar de las correlaciones de Pearson. Para la fiabilidad test-retest se establecieron r de Pearson mediante la realización de un test-retest una semana después de la evaluación inicial. La confiabilidad interinformante se determinó contrastando los datos obtenidos de las escalas aplicadas a los hijos con la de los padres y la obtención de coeficientes kappa. Los valores de prueba diagnóstica se determinaron estableciendo la sensibilidad, especificidad y curva ROC (por sus siglas en inglés de *Receptor Operating Characteristic*) del ARI.

RESULTADOS

Se invitó a participar a 101 adolescentes, 18 individuos no aceptaron participar en el estudio. La muestra final se integró con 83 adolescentes; el 48,2% ($n=40$) hombres y mujeres 51,8%, ($n=43$). La edad media de los participantes fue de 15,4 años ($DE=1,38$). El promedio de los valores del ARI en la versión adolescente fue de 6,65 y de 6,47 para el caso de la versión de padre/tutor.

Características clínicas

El 50,6% (n=42) presentó como diagnóstico principal algún trastorno internalizado, en el 27,7% (n=23) un trastorno externalizado y el 21,6% (n=18) de los sujetos fueron clasificados en el grupo de psicopatología mixta (internalizado y externalizado). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Trastorno depresivo mayor, 56,6% (n= 47); TDAH, 37% (n=31); trastorno de conducta 8,4% (n=7); trastorno de ansiedad generalizada 6% (n=5); trastorno obsesivo compulsivo 3,6%(n=3), entre otros. A pesar de que solo el 2,4% (n=2) de la muestra presentó TOD como diagnóstico principal, el 71,1% (n=60) de los adolescentes lo presentó como segundo o tercer diagnóstico. Así mismo el 10,8% (n=9) de los adolescentes cumplieron con el diagnóstico de TDRE independientemente del diagnóstico principal o del grupo de psicopatología en el cual se encontraban. El 8,4 % (n=7) de los adolescentes presentaban tanto TOD como TDRE.

Consistencia interna

Se observó que la escala presenta una máxima varianza con un valor de alfa de Cronbach del ARI-A de 0,918 y para la versión ARI-P de 0,904. Además, se realizó un análisis suprimiendo en cada caso uno de los reactivos del ARI, el cual mostró que la supresión de alguno de los reactivos no mejoraba la consistencia interna de la escala como un todo.

Validez de constructo

Para el análisis de componentes principales se consideraron los primeros 6 reactivos de ambas versiones de la escala ARI, excluyendo de esta manera el reactivo al respecto de deterioro en el funcionamiento. Se observó que la solución más adecuada en ambas versiones del ARI fue a través de un solo factor y que la varianza explicada mediante este es del 79% para ARI-A y del 75% para ARI-P. En la [Tabla 1](#) se muestran los valores de la carga factorial de cada uno de los reactivos del ARI para ambas versiones.

Tabla 1. Carga factorial de los primeros 6 reactivos del ARI (n=83).

Reactivos ARI	ARI-A	ARI-P
Los demás me irritan fácilmente	0,76	0,81
Pierdo la paciencia frecuentemente	0,80	0,79
Permanezco enojado mucho tiempo	0,74	0,81
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	0,81	0,95
Me enoja frecuentemente	0,88	0,96
Pierdo la paciencia fácilmente	0,75	0,87

ARI = Affective Reactivity Index; ARI-A: Affective Reactivity Index versión adolescentes. ARI-P: Affective Reactivity Index versión padres.

Validez de criterio externo

A través del cuartil 25, se estableció el punto de corte en 4 para la versión de adolescente y de 3 para la versión de padre/tutor; utilizando el cuartil 50 los puntos de corte se establecieron en 6 en ambos casos, y mediante el cuartil 75 los puntos de corte fueron establecidos en 8 y 10, respectivamente. En el caso de ARI-A se observó una correlación estadísticamente significativa con el diagnóstico de TOD cuando se utilizaron los puntos de corte en 6 ($\chi^2=6,48$, $p=0,01$) y 8 ($\chi^2=4,96$, $p=0,026$). Aunque no se observó correlación con el diagnóstico de TDRE, el análisis mostró una tendencia hacia la significancia estadística entre la ARI-A con punto de corte en 6 y el TDRE ($\chi^2=3,72$, $p=0,054$). En el caso del ARI-P, se observó una asociación estadísticamente significativa utilizando los 3 diferentes puntos de corte solamente con el diagnóstico de TOD (punto de corte en 3: $\chi^2=10,09$, $p=0,001$; punto de corte en 6: $\chi^2=8,17$, $p=0,004$; punto de corte en 10: $\chi^2=12,18$, $p=<0,001$).

Validez divergente

No se observó correlación estadísticamente significativa del ARI en sus dos versiones con escala la de inatención o de hiperactividad de SNAP-IV. La escala ARI-P mostró una tendencia hacia la significancia estadística con punto de corte 10 para la escala de hiperactividad/impulsividad ($\chi^2=2,733$, $p=0,098$).

Validez convergente

Se observó una correlación estadísticamente significativa entre la versión ARI-A y la escala DSRS utilizando un punto de corte en 4 ($\chi^2=9,37$, $p=0,002$) y con la escala SCARED utilizando los puntos de corte en 6 ($\chi^2=13,08$, $p=<0,001$) y 8 ($\chi^2=6,81$, $p=0,009$). En el caso de la versión ARI-P, se observó una correlación estadísticamente significativa utilizando los puntos de corte de 3 ($\chi^2=5,47$, $p=0,017$) y 6 ($\chi^2=6,25$, $p=0,012$).

Fiabilidad test-retest

De las 83 evaluaciones iniciales se logró obtener una segunda evaluación en 65 de ellas (78,3% de la muestra total). Los datos obtenidos del test-retest permitieron la obtención de un coeficiente de correlación de Pearson a través del cual se observó una correlación positiva entre todos los reactivos de la escala ARI. La correlación global con seis reactivos en la versión ARI-A fue $r=0,53$ y en la versión ARI-P fue $r=0,41$, por lo que estas correlaciones se considerarían moderadas y débil, respectivamente. Los coeficientes de correlación de los diferentes ítems oscilaron entre 0,42 y 0,67 para la escala ARI-A, y entre 0,35 y 0,53 para la escala ARI-P. De todos los reactivos de la escala, el reactivo 3 (“Permanezco enojado mucho tiempo”) y el 4 (“Estoy enojado la mayor parte del tiempo”) en ambas versiones, presentaron las correlaciones más altas. En la [Tabla 2](#) se muestran las correlaciones entre los reactivos del ARI en ambas versiones.

Tabla 2. Confiabilidad Temporal de la escala ARI: Correlaciones entre los reactivos del ARI (test-retest) para ambas versiones.

Reactivos del ARI	ARI-A	ARI-P
Los demás me irritan fácilmente	0,49	0,36
Pierdo la paciencia frecuentemente	0,48	0,38
Permanezco enojado mucho tiempo	0,67	0,44
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	0,66	0,53
Me enojo frecuentemente	0,43	0,41
Pierdo la paciencia fácilmente	0,42	0,35
En general mi irritabilidad me causa problemas	0,55	0,41

ARI = Affective Reactivity Index; ARI-A: Affective Reactivity Index versión adolescentes. ARI-P: Affective Reactivity Index versión padres.

Confiabilidad interinformante

En la confiabilidad interinformante de la escala se encontró una correlación estadísticamente significativa entre ambos informantes, a excepción del reactivo 3 (“Permanezco enojado mucho tiempo”), el cual mostró una tendencia hacia la significancia estadística ($K= 0,150$, $p=0,059$) (Ver [Tabla 3](#)). La confiabilidad global fue de $K= 0,24$, $p=0,002$.

Tabla 3. Confiabilidad interinformante de la escala ARI: Valores de coeficiente Kappa para cada reactivo del ARI.

Reactivos del ARI	Valor K (valor p)
Los demás me irritan fácilmente	0,261 (p=0,002)
Pierdo la paciencia frecuentemente	0,257 (p=0,002)
Permanezco enojado mucho tiempo	0,150 (p=0,059)
Estoy enojado la mayor parte del tiempo	0,318 (p<0,001)
Me enojo frecuentemente	0,302 (p<0,001)
Pierdo la paciencia fácilmente	0,190 (p=0,018)
En general mi irritabilidad me causa problemas	0,234 (p=0,001)

ARI = Affective Reactivity Index, K = Valor Kappa

Prueba diagnóstica

La obtención de la curva ROC (ver [Figura 1](#)) permitió establecer los diferentes puntos de corte para la escala ARI como instrumento de detección del TOD. Dicho análisis mostró que en ambas versiones el mayor equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad se encontró a los tres puntos (es decir, al utilizar los puntos de corte entre 2,5 y 3,5) (ver [tabla 4](#)). El área bajo la curva del ARI-P fue 0,753 y para el ARI-A fue de 0,640.

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación en su mayoría son concordantes y similares con los obtenidos en otras poblaciones, y apoyan la validez del ARI-P y ARI-A para población adolescente mexicana además aportan nuevas observaciones como prueba diagnóstica. Nuestros hallazgos en población clínica mexicana son congruentes y similares con el resto de la literatura internacional publicada hasta el momento. Se demostraron consistencia interna

16

adecuada, con validez del constructo reportada en un solo factor. En cuanto a las asociaciones diagnósticas, se reportó validez de criterio externo asociada a TOD (asociándose a criterios diagnósticos de este diagnóstico cuando se puntúa arriba de 4) y convergencia con escalas de depresión y ansiedad, contrastándose con validez divergente de TDAH (ya que no hubo asociación diagnóstica con este diagnóstico). La fiabilidad test-retest fue adecuada y se encontró cierta correlación interinformante entre ARI-P y ARI-A.

Tabla 4. Prueba diagnóstica de la escala ARI para la detección de TOD: sensibilidad y especificidad de la ARI utilizando diferentes puntos de corte.

ARI	Positivo si \geq	Sensibilidad	Especificidad
ARI-A	2,5	0,915	0,792
	3,5	0,881	0,75
	4,5	0,746	0,417
	5,5	0,678	0,375
ARI-P	2,5	0,898	0,625
	3,5	0,847	0,50
	4,5	0,746	0,458
	5,5	0,712	0,375

TOD = Trastorno Oposicionista Desafiante, ARI = Affective Reactivity Index; ARI-A: Affective Reactivity Index versión adolescentes. ARI-P: Affective Reactivity Index versión padres.

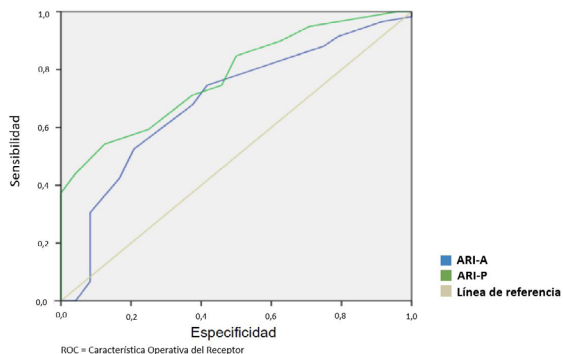


Figura 1. Curva ROC de la escala ARI

Características clínicas

La mitad de los adolescentes en nuestra muestra presentó TDM, tres cuartas partes presentó TOD y una tercera parte TDAH. La muestra americana muestra sesgos de selección diagnóstica al tener la evaluación en población comunitaria menor de edad con diagnósticos de TB, SMD, TOD y TDAH orientadas al proceso de validación de SMD (8), mientras que el grupo clínico del Reino Unido de población comunitaria (reclutada en escuelas) incluso mostró participantes con autismo. El grupo estudiado en China incluyó la población clínica ambulatoria con diagnósticos más variados, incluso el 72.2% de la población tenía diagnóstico de TDAH (12). El grupo estudiado en Italia estaba constituido de población comunitaria escolar y excluyó participantes con trastornos psiquiátricos y consumo de sustancias, y encontró que las mujeres reportaban mayor irritabilidad que hombres (13). La población española sobresale por estudiar longitudinalmente a la misma muestra de escolares a los 7 y 11 años y encontró reportes convergentes con conducta agresiva y rasgos de callo emocional (14). Considerando que tanto nuestros resultados como los reportados en todo el mundo identifican la IC asociada a todo tipo de psicopatología, podría considerarse como un especificador transdiagnóstico.

Consistencia interna

La consistencia interna de la escala en su totalidad en nuestro estudio fue reportada con valores alfa de Cronbach de 0,91 y de 0,90, para el ARI-A y el ARI-P respectivamente. Estos valores son prácticamente iguales y están ligeramente por encima de los reportados en los estudios EUA, Reino Unido (8) y China (12). La versión italiana reporta un valor similar, aunque no especifica si es la versión autorreporte o versión padre/tutor (13). Esto implicaría que la consistencia interna del instrumento parece no verse afectada sea población clínica o comunitaria la que lo responde e independiente del idioma utilizado.

Validez del constructo

A comparación de la mayoría de los estudios publicados, nosotros realizamos un análisis de componentes principales, el cual es un método distinto a un análisis factorial exploratorio ya que éste se enfoca en las relaciones entre variables (covarianza) y describe probables variables latentes. Por otro lado, estos análisis tienen ciertas similitudes (como uso de valores eigen) y se podría sugerir que para la obtención de componentes y factores pueden resultar análogos uno al otro (39). En nuestro estudio obtuvimos carga unifactorial en ambas versiones del ARI; lo cual corresponde a los hallazgos en los otros estudios publicados, como en la validación italiana (13) que se realizó mediante un análisis factorial exploratorio. En otros estudios que se realizó un análisis factorial confirmatorio también concluyeron en un solo factor en ambas versiones (como fue en EUA y en el Reino Unido (8) y Brasil (11)). Esto es interesante porque, aunque sean diferentes aproximaciones estadísticas se mantiene constante el hallazgo de que la varianza de la escala sea explicada principalmente por un solo factor. Cabe considerar que, por la muestra heterogénea diagnóstica en nuestro estudio, es llamativo concebir como la irritabilidad a pesar de estar constituida de diferentes maneras y en distintos diagnósticos, la variabilidad en esta escala se captura principalmente a través de una variable.

Validez de criterio externo

En la última década se ha estudiado con más detalle la irritabilidad (4,40) y con base en recientes hallazgos el equipo de trabajo de la Clasificación Internacional de Enfermedades para su undécima edición (CIE-11) decidió agregar un especificador de irritabilidad crónica en el diagnóstico de TOD, en vez de usar una categoría similar al TDRE del DSM-5 (41). La correlación significativa en nuestro estudio con el TOD y no con el TDRE, apoya la idea de la IC como un especificador del TOD y no como un diagnóstico independiente.

Validez divergente

En nuestro estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa con puntajes en la escala SNAP-IV lo que sugiere que el constructo latente de irritabilidad obtenido por la escala ARI es un fenómeno diferenciable de los factores de inatención y de hiperactividad/impulsividad propios del TDAH. Sin embargo, se encontró una tendencia de correlación entre el ARI-P y el factor de hiperactividad/impulsividad, cuando el punto de corte del ARI-P fue el más alto. Este hallazgo coincide con análisis recientes que concluyen que los síntomas de TDAH (particularmente los de hiperactividad/impulsividad) predicen el grado y trayectoria de la irritabilidad a lo largo del desarrollo (42). Nuestros hallazgos se contrastan con los del estudio español donde se encontró que la irritabilidad reportada por los profesores tenía asociación con sintomatología asociada a TDAH y TOD, sin embargo, en esta investigación se tiene la limitante de no haber realizado una entrevista diagnóstica (14).

Validez convergente

En esta investigación se encontró una adecuada validez convergente del ARI con las escalas de depresión y ansiedad, lo cual es congruente y es un hallazgo esperado con antecedentes comentados previamente (15). Este fenómeno es muy relevante y sigue estudiándose de varias maneras; por ejemplo, se ha indagado en una relación bidireccional entre estos dos componentes (43), y en otro instrumento para estudiar la irritabilidad encontraron una asociación fuerte de una subdimensión de reactividad emocional negativa internalizada con ansiedad y depresión (44). En otros estudios de validación de esta escala también investigaron asociaciones con otros tipos de psicopatología; en el caso de la versión italiana reportó una asociación significativa y positiva con todas las escalas del SDQ (un instrumento de tamizaje sobre varias áreas de dificultades, incluyendo problemas emocionales) excepto con el área prosocial que presentó asociación negativa (13). El estudio en China encontró correlación de comportamiento agresivo

y de irritabilidad en escala CBCL con puntajes en ARI-P y ARI-A ($r=0,68$ y $r=0,29$, respectivamente), así como con puntajes de ansiedad/depresión ($r=0,43$ y $r=0,29$, respectivamente) y problemas sociales ($r=0,45$ y $r=0,24$, respectivamente) (12). En Australia se buscó la validez convergente contrastando el ARI contra la escala de ansiedad del RADS-2 y se encontró la asociación con ansiedad generalizada y la ansiedad social (10). Estos datos de los otros estudios del ARI demuestran que la IC puede asociarse tanto con trastornos internalizados como externalizados a través de diferentes instrumentos, dependiendo de la población estudiada, lo que pareciera implicar que converge con ambas dimensiones. Al igual que en el estudio original de la escala ARI encontró una asociación consistente entre IC y problemas emocionales (8) en nuestro estudio se encontró asociación con depresión y ansiedad. Esto podría implicar que el ARI podría ser un punto inicial para valorar síntomas depresivos y ansiosos, pero no se ha reportado en literatura disponible. De hecho, algunas investigaciones han mostrado que aunque el ánimo bajo o depresivo solo es el síntoma cardinal más común en jóvenes con depresión, la irritabilidad sola o aunada a dicho síntoma se presenta casi en el 42% de los jóvenes con depresión (45). Nuestra investigación añade a la literatura cómo se relaciona el ARI con escalas como DSRS y SCARED, contribuyendo a la relación entre la irritabilidad y síntomas internalizados. En futuros estudios se deberá detallar sobre las similitudes entre la irritabilidad y dichos síntomas, y las diferencias para así poder distinguir más claramente las características propias de la irritabilidad.

Fiabilidad test-retest

El seguimiento de los participantes de este estudio fue alto, ya que más de 75% de la muestra inicial respondió por segunda ocasión la escala ARI, aunque la fiabilidad test-retest fue moderada para ARI-A y baja para ARI-P. Algo que podría explicar este fenómeno es que por la naturaleza de las entrevistas en un entorno clínico se puede alterar la percepción de algunos síntomas del propio adolescente o del tutor de un momento a otro, o bien que hubiera influencia por parte de intervenciones farmacológicas o

psicoterapéuticas entre las consultas. Nuestros valores obtenidos no se pueden comparar con el estudio original del instrumento ya que desafortunadamente en dicha publicación solo se aplicó por segunda ocasión a una fracción muy pequeña de la muestra y el seguimiento general fue un año después, lo que no permitió establecer fiabilidad test-retest (8). Nuestros resultados difieren del resto, ya que en el estudio de población italiana se repitió la prueba por internet 24 a 48hrs a 224 de 435 adolescentes, reportando una buena fiabilidad (13); y en el estudio en China reportó que ARI-P tenía mayor fiabilidad test-retest que ARI-A cuando repitieron la prueba 2 semanas después, resaltando que los sujetos con trastorno de espectro autista tenían una confiabilidad modesta (12). Es interesante que los dos ítems que presentaron las correlaciones más altas son los que parecen tener la capacidad de capturar los niveles más intensos de irritabilidad acorde al análisis por Lu y cols. (22); esto podría explicarse pensando que los casos más graves de irritabilidad resultarían constantes en cómo se perciben tanto por el sujeto y el tutor.

Confiabilidad interinformante

La correlación observada entre ARI-P y ARI-A sugiere que existe cierto grado de acuerdo entre ambas versiones de la escala en la evaluación de la irritabilidad crónica que se presenta en el sujeto.

Aunque la mayoría de dichas correlaciones fueron significativas y solo en una de ellas (reactivo 3 “permanezco enojado mucho tiempo”) se observó una tendencia, dichas correlaciones presentaron coeficientes kappa de pobres a débiles, lo cual posiblemente esté relacionado al hecho de que la medición e identificación de la irritabilidad, es pobremente mejor identificado por observadores externos como lo son los padres. Aunque también podría ser explicado por diferencias culturales, ya que por ejemplo el estudio en población China encontró acuerdo moderado interinformante ($r=0,44$) pero sólo encontró diferencia estadística en el primer ítem “los demás irritan fácilmente” (12). Llama la atención que el tercer reactivo que no alcanzó significancia estadística coincide con ser el reactivo que es menos discriminante y provee menor información acorde al análisis por Lu (22), y quizás sólo es relevante en

los casos de irritabilidad más grave. La discrepancia entre estos ítems se ha notado en varios estudios y algunos autores proponen que es consistente y refleja diferentes interpretaciones de los reactivos, por lo que no deben ser promediados, algunos autores han sugerido que la irritabilidad no es un constructo del todo unitario (46).

Recientemente se desarrolló la versión del clínico del ARI (CL-ARI, por sus siglas en inglés) la cual es una entrevista semiestructurada para que personal clínico califique irritabilidad en población pediátrica. En la validez convergente, las puntuaciones de CL-ARI fueron significativamente más altas para los jóvenes con TDRE que para cualquier otro grupo de diagnóstico, y mostraron asociaciones fuertes con otras medidas de irritabilidad informadas por médicos, padres y jóvenes. Esta nueva versión del ARI suma al clínico como observador y en su versión original (41) contrasta con las asociaciones que obtuvimos con el TDRE lo que sin duda genera retos en el establecimiento de este diagnóstico emergente. En futuros estudios sugerimos el uso de esta escala para complementar el uso de la escala ARI.

Prueba diagnóstica

A excepción del punto de corte en 4 en el ARI-A se observó que la escala permite la identificación del constructo de IC cuando es visto a través del diagnóstico de TOD y no a través del TDRE. Comparando con el estudio de Mulraney (20) para un punto de corte, las diferencias en este puntaje podrían ser por las características de la muestra (en el estudio de Mulraney la población principalmente fue constituida por trastorno depresivo mayor y se enfocó en psicopatología en general) y que nuestro estudio se enfocó para diagnóstico de TOD. En el estudio de población China, aunque no reportan un punto de corte, sí encuentran que los participantes con TDRE tenían los puntajes más altos en escala de ARI-P y los participantes sanos con los puntajes más bajos, este hallazgo también se reportó con ARI-A pero sin significancia estadística (12). Estas asociaciones que contrastan con nuestros hallazgos sin duda representan las dificultades diagnósticas y de ubicación taxonómica de la irritabilidad dentro del DSM y la CIE (4).

LIMITACIONES

La ausencia de información procedente de un grupo control que permitiera contrastar los datos obtenidos del grupo con psicopatología representa la mayor limitación en este estudio, ya que al no contar con dicha información no fue posible establecer las propiedades de la escala ARI como prueba de tamizaje. Otra limitación importante fue la correlación modesta que se obtuvo en la fiabilidad test-retest. Finalmente, la versión del ARI utilizada tiene la conceptualización sudamericana de su traducción en Argentina, lo cual no necesariamente implicaría los aspectos culturales de la población mexicana.

CONCLUSIONES

Este trabajo reporta las propiedades psicométricas de las versiones del padre/tutor y de niños/adolescentes de la escala ARI las cuales mostraron validez y confiabilidad adecuadas para la población mexicana, similar a como se ha observado en otros países. Los resultados de este estudio muestran que la ARI cuenta con un gran potencial para ser utilizada en un contexto clínico y/o de investigación en la valoración de IC. La repercusión clínica de esta investigación se centra en la posibilidad de contar con una medida objetiva de autoreporte que facilite el ejercicio clínico y ayude a disminuir la brecha diagnóstica y de atención en esta población vulnerable.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a los participantes del estudio por aceptar ser parte de éste y a las médicas psiquiatras adscritas en la clínica de la adolescencia INPRFM por su trabajo y apoyo en la atención clínica (Dra. Liz Sosa y Dra. Miriam Feria). También agradecemos al Dr. Sebastián Totxo, Dr. Héctor Taboada, y Dr. José Carlos Medina por sus comentarios al manuscrito, y al Dr. Lino Palacios por sus contribuciones al proyecto inicial.

FINANCIACIÓN

No requirió de financiamiento. Los resultados no se han presentado previamente en otros medios.

CONFLICTOS DE INTERÉS DE LOS AUTORES

Los autores niegan conflicto de intereses que reportar.

CONTRIBUCIONES

Francisco Rafael de la Peña Olvera y Andrés Rodríguez Delgado realizaron el concepto, diseño, análisis, interpretación de datos, escritura y corrección del artículo. Alejandro Irvin Soto Briseño y Assad Daniel Saad Manzanera participaron en la Interpretación de datos y la escritura; este último también participó en la corrección del artículo.

Tabla de abreviaturas

ARI	Índice de Reactividad Afectiva (Affective Reactivity Index en inglés)
DSM	Manual Diagnóstico y Estadística (Diagnostics and Statistics Manual, por sus siglas en inglés)
IC	Irritabilidad Crónica
TB	Trastorno bipolar
K-SADS-PL	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children
EUA	Estados Unidos de América
RU	Reino Unido
CFI	Comparative Fit Index
TLI	Tucker-Lewis Index
INPRFM	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"
DSRS	Depression Self Rating Scale
SCARED	Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders
SNAP IV	Swanson, Nolan & Pelham questionnaire
TDRE	Trastorno Disruptivo de la Regulación Emocional
TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
BPRS-CA-29	Brief Psychiatric Rating Scale for Children and Adolescents
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

ROC	Característica Operativa del Receptor (Receiver Operating Characteristic en inglés)
DE	Desviación Estándar
SMD	Disregulación Grave del Ánimo (Severe Mood Dysregulation en inglés)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades

REFERENCIAS

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; 2013.
2. Toohey MJ, DiGiuseppe R. Defining and measuring irritability: Construct clarification and differentiation. *Clinical Psychology Review*. 2017;53: 93-108.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.009>
3. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2006;16(4): 456-66.
<https://doi.org/10.1089/cap.2006.16.456>
4. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, autor, et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review*. 2017;53: 29-45.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.004>
5. Krieger FV, Leibenluft E, Stringaris A, Polanczyk GV. Irritability in children and adolescents: past concepts, current debates, and future opportunities. *Braz J Psychiatry*. 2013;35(s1): S32-S39.
<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-S107>
6. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult Outcomes of Youth Irritability: A 20-Year Prospective Community-Based Study. *AJP*. 2009;166(9): 1048-54.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
7. Vidal-Ribas P, Stringaris A. How and Why Are Irritability and Depression Linked? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2021;30(2): 401-14.
<https://doi.org/10.1016/j.jchc.2020.10.009>

8. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(11): 1109-17. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x>
9. American Psychiatric Association. DSM-5-TR Online Assessment Measures. En: American Psychiatric Association [Internet]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>
10. Mulraney MA, Melvin GA, Tonge BJ. Psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Australian adults and adolescents. *Psychol Assess*. 2014;26(1): 148-55. <https://doi.org/10.1037/a0034891>
11. DeSousa DA, Stringaris A, Leibenluft E, Koller SH, Manfro GG, Salum GA. Cross-cultural adaptation and preliminary psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Brazilian Youth: implications for DSM-5 measured irritability. *Trends Psychiatry Psychother*. 2013;35(3): 171-80. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000300004>
12. Pan P-Y, Yeh C-B. Irritability and Maladaptation Among Children: The Utility of Chinese Versions of the Affective Reactivity Index and Aberrant Behavior Checklist-Irritability Subscale. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2019;29(3): 213-9. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0070>
13. Grassi ML, Valente D, Berardi A, Tofani M, Galeoto G. Validation and Analysis of the Psychometric Properties of Two Irritability-Measuring Tools: The Affective Reactivity Index (ARI) and the Born-Steiner Irritability Scale (BSIS) in the Italian Adult and Adolescent Populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(5): 4607. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054607>
14. Ezpeleta L, Penelo E, De La Osa N, Navarro JB, Trepát E. How the Affective Reactivity Index (ARI) works for teachers as informants. *Journal of Affective Disorders*. 2020;261: 40-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.080>
15. Evans SC, Abel MR, Doyle RL, Skov H, Harmon SL. Measurement and correlates of irritability in clinically referred youth: Further examination of the Affective Reactivity Index. *Journal of Affective Disorders*. 2021;283: 420-29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.002>
16. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 2013;310(20): 2191-4. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
17. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresán A, Apiquian R, et al. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2006;34(1): 36-40.
18. Shafer AB. Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C) among Hospital Patients and Community Clients. *Personality and Individual Differences*. 2013;55(1): 41-6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.01.024>
19. Transatlantic-comppsysh/Affective-Reactivity-Index. transatlantic-comppsysh; 2022. Available: <https://github.com/transatlantic-comppsysh/Affective-Reactivity-Index>
20. Mulraney M, Melvin G, Tonge B. Brief report: Can irritability act as a marker of psychopathology? *Journal of Adolescence*. 2014;37(4): 419-23. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.005>
21. Dougherty LR, Galano MM, Chad-Friedman E, Olinó TM, Bufferd SJ, Klein DN. Using Item Response Theory to Compare Irritability Measures in Early Adolescent and Childhood Samples. *Assessment*. 2021;28(3): 918-927. <https://doi.org/10.1177/1073191120936363>
22. Lu B, Fang Y, Cai J, Chen Z. Psychometric Evaluation of the Affective Reactivity Index Among Children and Adolescents in China: A Multi-Method Assessment Approach. *Assessment*. 2023;31(5): 10731911231199424. <https://doi.org/10.1177/10731911231199424>
23. Wilson MK, Cornacchio D, Brotman MA, Comer JS. Measuring Irritability in Early

- Childhood: A Psychometric Evaluation of the Affective Reactivity Index in a Clinical Sample of 3- to 8-Year-Old Children. *Assessment*. 2022;29(7): 1473–81. <https://doi.org/10.1177/10731911211020078>
24. Sugaya LS, Kircanski K, Stringaris A, Polanczyk GV, Leibenluft E. Validation of an irritability measure in preschoolers in school-based and clinical Brazilian samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31: 577-87. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01701-6>
 25. Birlerson P, Hudson I, Buchanan DG, Wolff S. Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood (depression Self-Rating Scale). *J Child Psychol & Psychiat*. 1987;28(1): 43-60. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1987.tb00651.x>
 26. Lara Muñoz M, de la Peña Olvera F, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birlerson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*. 1996;19(extra 3): 17-23.
 27. Sánchez Quintana S, Ortiz León S, Autor, Higuera Romero FH. Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta. *Especialidad en Medicina (Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia)*, Universidad Nacional Autónoma de México. 2004. Available: <http://132.248.9.195/pdtestdf/0327421/Index.html>
 28. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(4): 545-53. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>
 29. Grañana N, Richaudeau A, Gorriti CR, O'Flaherty M, Scotti ME, Sixto L, et al. Evaluación de déficit de atención con hiperactividad: la escala SNAP IV adaptada a la Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(5): 344-9. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000500007>
 30. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2): 168-79. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00011>
 31. Bussing R, Fernandez M, Harwood M, Hou W, Garvan CW, Eyberg SM, et al. Parent and Teacher SNAP-IV Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Psychometric Properties and Normative Ratings From a School District Sample. *Assessment*. 2008;15(3): 317-28. <https://doi.org/10.1177/1073191107313888>
 32. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The Validity of the SNAP-IV in Children Displaying ADHD Symptoms. *Assessment*. 2020;27(6): 1258-71. <https://doi.org/10.1177/1073191119842255>
 33. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7): 980-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
 34. De la Peña Olvera F, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L, et al. Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*. 2018;18: 193. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1773-0>
 35. Lachar D, Randle SL, Harper RA, Scott-Gurnell KC, Lewis KR, Santos CW, et al. The Brief Psychiatric Rating Scale for Children (BPRS-C): Validity and Reliability of an Anchored Version. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(3): 333-40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200103000-00013>
 36. Cujíño Cano MF, Chaskel Heilbronner RE, Toledo Arenas JD. Validación de la versión en español de la Brief Psychiatric Rating Scale for Children para trastornos psiquiátricos en niños, en dos hospitales de Bogotá, Colombia. *Rev peru psiquiatr*. 2010;1(2): 55-62.

37. De la Peña Olvera F, Palacios L, Ulloa R. Validity of Mexican Modified Children's Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-C-25). 52 Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2005 Oct 18; Toronto, Canada.
38. Jolliffe IT, Cadima J. Principal component analysis: a review and recent developments. *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences*. 2016;374(2065): 20150202.
<https://doi.org/10.1098/rsta.2015.0202>
39. Gniazdowski Z. Principal Component Analysis versus Factor Analysis. *Zeszyty Naukowe WWSI*. 2021;24(15): 35-88.
<https://doi.org/10.26348/znwwsi.24.35>
40. Lochman JE, Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Reed GM, et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*. 2015;14(1): 30-3.
<https://doi.org/10.1002/wps.20176>
41. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Rebello TJ, Autor, Lochman JE, et al. Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *J Child Psychol Psychiatr*. 2020;62(3): 13244.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13244>
42. Johns-Mead R, Vijayakumar N, Mulraney M, Melvin G, Youssef G, Sciberras E, et al. Categorical and dimensional approaches to the developmental relationship between ADHD and irritability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023;64(10): 1422-31.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13818>
43. Losiewicz OM, Metts AV, Zinbarg RE, Hammen C, Craske MG. Examining the indirect contributions of irritability and chronic interpersonal stress on symptoms of anxiety and depression in adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2023;329: 350-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.125>
44. Dissanayake AS, Dupuis A, Arnold PD, Burton CL, Crosbie J, Schachar RJ, et al. Is irritability multidimensional: Psychometrics of The Irritability and Dysregulation of Emotion Scale (TIDES-13). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33: 2767-80.
<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02350-1>
45. Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable Mood as a Symptom of Depression in Youth: Prevalence, Developmental, and Clinical Correlates in the Great Smoky Mountains Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013;52(8): 831-40.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.017>
46. Mallidi A, Meza-Cervera T, Kircanski K, Stringaris A, Brotman MA, Pine DS, et al. Robust caregiver-youth discrepancies in irritability ratings on the affective reactivity index: An investigation of its origins. *J Affect Disord*. 2023;332: 185-93.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.091>

Javier Sánchez-Cerezo ^{1*} 
Fátima Valencia-Agudo ² 
Ana Calvo ³ 
Itziar Baltasar Tello ⁴ 
Mireia Solerdelcoll Arimany ^{5,6} 
Marina Fàbrega Ribera ⁷ 
Daniel Ilzarbe ^{6,8,9} 

1 Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid, España.

2 Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

3 Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid, España.

4 Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

5 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

6 Departamento de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat de Barcelona, España.

7 Servicio de Psiquiatría y Psicología Infanto-Juvenil, Hospital de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.

8 Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

9 Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Javier Sánchez-Cerezo
Correo: javier.s.cerezo@gmail.com

Experiencias con simulación clínica para la formación de residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia

Experiences with simulation-based learning for child and adolescent psychiatry and clinical psychology trainees

RESUMEN

Introducción y objetivo: la formación basada en técnicas de simulación o role-play se ha utilizado en diferentes especialidades médicas para el entrenamiento de habilidades clínicas. Para fomentar la formación de residentes, el grupo de trabajo Formación Continuada de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y el Adolescente - Fundación Alicia Koplowitz diseñó un proyecto educativo con talleres basados en la simulación clínica para residentes. El objetivo de este estudio es describir los talleres formativos impartidos y el grado de satisfacción de los participantes. **Método:** los talleres formativos para residentes de Psiquiatría (MIR) y Psicología Clínica (PIR) tienen carácter anual y una duración de ocho horas. Para la inscripción del taller los participantes deben completar un formulario con

ABSTRACT

Introduction and objective: Different medical specialties use simulation-based teaching to develop clinical skills. Members of the 'Alicia Koplowitz Foundation Association of Child and Adolescent Mental Health Scientists – Education subsection' developed an educational project with simulation-based clinical workshops for Psychiatry and Clinical Psychology trainees. The objective of this study is to describe the clinical workshops and the participants' satisfaction level. **Methods:** The clinical workshops for Psychiatry trainees (MIR) and Clinical Psychology trainees (PIR) are held every year and have a duration of eight hours. Participants were required to complete a registration form before the workshop from which we obtained the data. In addition, participants

diferentes datos. Además, tras la realización de los talleres, los participantes completan una encuesta de satisfacción con su valoración de forma anónima. **Resultados:** desde 2018 se han realizado cinco talleres. En total, han participado 156 residentes (80,8% mujeres). 55,8% fueron MIR y 44,2% PIR. Más del 85% de los participantes valoraron con la puntuación más alta su satisfacción global con el taller y el formato con la simulación y los *role-play*, y más del 95% consideraron los talleres útiles o muy útiles. **Discusión y conclusiones:** La simulación clínica puede favorecer la motivación e implicación en la docencia, y ser un pilar clave en la formación de residentes MIR y PIR que trabajen en salud mental del niño y el adolescente en España.

Palabras clave: psiquiatría de la infancia y la adolescencia, psicología clínica, simulación, residentes, talleres.

INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia forman un área de conocimiento amplio e importante dentro de la salud mental. Sabemos que un porcentaje elevado de los trastornos psiquiátricos aparecen en edades tempranas de la vida (1), por lo que no solo la detección e intervención precoces son determinantes, sino también las estrategias encaminadas a la prevención (2). Para ello, todos los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental deben contar con los conocimientos necesarios para evaluar y diagnosticar las principales patologías psiquiátricas en niños/as y adolescentes, así como en su caso llevar a cabo intervenciones eficaces y de carácter multidisciplinar.

La formación en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia en España no ha contado con un área de especialización concreta establecida dentro del sistema de formación MIR-PIR. No ha sido hasta recientemente cuando a través del Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría (3). Además, dentro de la

completed a satisfaction survey after the workshop. **Results:** Since 2018, five workshops have taken place. In total, 156 trainees (80.8% women) have participated. 55.8% were MIR and 44.2% were PIR. More than 85% of the participants rated the simulation-based workshops with the highest satisfaction score and more than 95% considered that they were useful or very useful. **Discussion and conclusion:** Clinical simulation may enhance motivation and engagement in learning and could be a valuable teaching tool for child and adolescent mental health providers.

Keywords: Child and adolescent psychiatry, clinical psychology, simulation, residents, workshops.

especialidad de psicología clínica, aún no existe un programa de formación específico en esta área. Es por ello que dicha formación se ha obtenido a través de diversas vías, como la elección de un trayecto de un año centrado en Psiquiatría Infanto-Juvenil, la realización de másteres o cursos complementarios a la formación MIR-PIR, estancias en unidades especializadas a nivel nacional o internacional (por ejemplo, mediante las becas de formación avanzada ofrecidas por la Fundación Alicia Koplowitz).

La formación a través de la simulación o *role-play* ha sido empleada en diversas ramas de la educación, y entre ellas en Medicina para el entrenamiento en habilidades de estudiantes y residentes (4, 5). Existen estudios que demuestran que la formación basada en la simulación se asocia a mejores resultados de aprendizaje en comparación con otras estrategias formativas (6, 7). La simulación posibilita el desarrollo seguro de habilidades clínicas sin la necesidad de la presencia del paciente. Este método desempeña un papel crucial como herramienta de formación eficaz y atractiva, que contribuye a superar la brecha entre la teoría y la práctica clínica, con el propósito de mejorar la capacitación en habilidades clínicas y de trabajo en equipo (8). Sin embargo, son escasos los estudios que recopilan datos en el ámbito de la salud mental,

especialmente en lo concerniente a la formación de residentes en Psiquiatría y Psicología de la Infancia y la Adolescencia (7, 9), y que además presenten datos de la utilidad percibida por los residentes y de su grado de satisfacción con la formación impartida (9).

En este contexto, el grupo de trabajo de Formación Continuada dentro de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y el Adolescente- Fundación Alicia Koplowitz diseñó un proyecto formativo a través de talleres introductorios en las principales patologías mentales de la infancia y adolescencia para residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de España.

Los principales objetivos que presentamos en este estudio son 1) describir el taller formativo para residentes, 2) valorar la percepción de la utilidad y aplicabilidad de los conceptos adquiridos por parte de los residentes y 3) valorar el grado de satisfacción con la metodología utilizada y de los docentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aspectos práctico-logísticos

Desde 2018 se vienen realizando talleres para residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica organizados por el Área de Formación Continuada de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y del Adolescente - Fundación Alicia Koplowitz (10). Los talleres se realizan una vez al año, en diferentes localizaciones geográficas, y tienen una duración de 8 horas. Están diseñados para que cada edición se centre de forma separada en los trastornos psiquiátricos más frecuentes de la Infancia o de la Adolescencia y se va alternando en cada edición. Es decir, si una edición estuvo centrada en la Infancia, la del próximo año será de la Adolescencia. Los talleres están impartidos por cuatro o cinco ponentes; y se han realizado de forma presencial y online.

Los talleres se publicitan a través de redes sociales y además se contactan todas las unidades docentes de Psiquiatría y Psicología Clínica y Multiprofesionales de Salud Mental de España. La inscripción a los mismos se realiza de manera online y por orden de solicitud, aportando un certificado que justifique la condición de residente. Por cada edición se ofertan un máximo de 40 plazas. Con la inscripción se solicita un

pago simbólico para reservar la plaza y al terminar el taller, los residentes que lo hayan completado reciben un certificado de asistencia.

Objetivos de los talleres

- Realizar una introducción teórico-práctica a la Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia o la Adolescencia para mejorar los conocimientos y habilidades de los futuros profesionales en este ámbito.
- Exponer estrategias de diagnóstico y manejo clínico específicos y basadas en la evidencia, que sean prácticas y útiles para residentes en formación y aplicables en su entorno de trabajo.
- Fomentar el contacto y facilitar la creación de una eventual red de comunicación y trabajo entre residentes interesados en este campo.

Metodología docente

Los talleres están dirigidos a fomentar la formación de los residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica en las áreas de Salud Mental Infanto-Juvenil. Los talleres se organizan en cinco sesiones teórico-prácticas con presentaciones orales y en formato coloquio, así como actividades prácticas utilizando técnicas de simulación de pacientes y *role-play* buscando la participación activa de los residentes.

Las sesiones se organizan para abarcar diferentes diagnósticos psiquiátricos o fenómenos psicopatológicos transdiagnósticos que son frecuentes en la Infancia o en la Adolescencia. Cada sesión se estructura de manera que al inicio se da una presentación teórica, procurando que la duración de ésta no sea mayor de un tercio del total, y posteriormente se utilizan técnicas de simulación de pacientes para que los residentes lleven a cabo la entrevista o intervención clínica.

La primera sesión se centra en las técnicas de evaluación, exploración y formulación. Las siguientes sesiones se centran en temas más específicos, ya sean diagnósticos (por ejemplo, trastorno del espectro autista) o síntomas (por ejemplo, conducta autolesiva). Finalmente, en la última sesión, se realiza el diagnóstico diferencial de varios casos clínicos representados por los ponentes mediante *role-*

play y técnicas de simulación de pacientes. Para ello, se separa a los participantes en grupos y se les da un tiempo límite en el que puede realizar una exploración conjunta para llegar al diagnóstico acertado. Cada escenario es seguido por una puesta en común de naturaleza reflexiva y guiada por los facilitadores. En el material suplementario adjuntamos un póster con la típica organización del taller.

Los *role-play* se llevan a cabo en diferentes fases (11). Primero, se da información a los participantes sobre el motivo de consulta, quién o quiénes acuden a la entrevista y otros detalles relevantes. La segunda fase se trata del *role-play* propiamente dicho: los propios docentes interpretan al paciente y familiares y los participantes realizan una entrevista clínica. Por último, en la tercera fase, conocida como *debriefing* (11), se comenta entre los participantes, los docentes y los observadores cómo ha ido la entrevista y se analizan diferentes aspectos como áreas de mejora, fortalezas del entrevistador, o los estados emocionales de las personas involucradas. Para fomentar la participación es importante crear un ambiente de trabajo positivo en el que los participantes sean estimulados y no se sientan juzgados.

Recogida y análisis de datos

En cada edición del taller, se solicitó a los participantes que completasen un cuestionario con detalles demográficos, especialidad (Psicología Clínica o Psiquiatría), lugar y hospital en el que realiza la residencia, año de residencia y objetivos que se esperan del taller. Posteriormente, tras la realización de cada taller se solicita a los participantes que completen de forma anónima una encuesta online de satisfacción valorando en una escala Likert del 1 al 5 diferentes aspectos del mismo (valoración general del taller, utilidad y aplicabilidad en la actividad clínica diaria, formato y metodología - simulación, y los docentes). Los datos se han extraído de las encuestas completadas por los participantes para presentar los descriptivos con las medias ponderadas. En las encuestas se incluían preguntas para ser contestadas mediante texto libre; que han sido analizadas de forma cualitativa para clasificarlas por temas y codificarlas en base a ello. En el material suplementario ofrecemos

un ejemplo del cuestionario inicial y de la encuesta de satisfacción.

No ha sido preciso aprobación del Comité de ética dado que la recogida de datos ha sido disgregada sin posibilidad de reconocimiento de la información personal.

RESULTADOS

Descripción de los participantes

Desde 2018 hasta 2023 se han realizado un total de 5 talleres, el primero fue general, y posteriormente hubo 2 específicamente relacionados con la infancia y 2 con la adolescencia. En total, se inscribieron en los talleres un total de 156 residentes, siendo 80,8% mujeres y 19,2% hombres. En relación al grupo de especialización de los participantes, 55,8% fueron de Médicos Internos Residentes de Psiquiatría (de los cuales, hubo 4 de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia en la edición de 2023) y 44,2% Psicólogos Internos Residentes en Psicología Clínica.

Análisis cuantitativo

Más del 85% de los participantes valoraron con la puntuación más alta su satisfacción global con el taller (media de 4,85) y el formato con la simulación y *role-play* (media de 4,86); siendo los docentes lo mejor valorado (90% dieron la máxima puntuación; con una media de 4,89). Y más del 95% consideraron los talleres útiles (21%) o muy útiles (76%), con una media de 4,75.

Análisis cualitativo

En la encuesta de satisfacción tras la realización del taller se solicitaba a los participantes que dieran su opinión en texto libre sobre ciertos aspectos del taller. Las respuestas se han analizado de forma cualitativa para organizarlas y codificarlas por temas que pueden verse en la [Tabla 2](#). Se incluyeron como temas únicamente aquellas en las que 5 o más participantes mencionaron determinado aspecto.

Tabla 1. Distribución de los participantes por género, residencia y año de formación, Comunidad Autónoma para cada una de las ediciones de los talleres.

Edición	Participantes	Distribución MIR/PIR y año de residencia	Comunidad Autónoma donde realizan la residencia	Respuestas feedback
I - General (2018, Madrid)	33 (26 mujeres)	R1: MIR-1 PIR-4 R2: MIR-8 PIR-1 R3: MIR-5 PIR-5 R4: MIR-5 PIR-4	Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Madrid, Navarra	20 (61%)
II - Adolescencia (2019, Madrid)	22 (19 mujeres)	R1: MIR-4 PIR-2 R2: MIR-2 PIR-3 R3: MIR-1 PIR-4 R4: MIR-3 PIR-3	Asturias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco, Valencia	13 (59%)
III - Infancia (2021, Online*)	37 (30 mujeres)	R1: PIR-1 R2: MIR-12 PIR-3 R3: MIR-1 PIR-6 R4: MIR-7 PIR-3 Especialista*: PIR-4	Andalucía, Aragón, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Madrid, Valencia	10 (27%)
IV - Adolescencia (2022, Barcelona)	38 (33 mujeres)	R1: MIR-10 PIR-3 R2: MIR-5 PIR-10 R3: MIR-2 PIR-3 R4: MIR-1 PIR-4	Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla León, Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco, Valencia	20 (53%)
V - Infancia (2023, Madrid)	26 (18 mujeres)	R1: MIR (adultos)-2 MIR(PIYA)-4 R2: MIR-6 PIR-2 R3: MIR-7 PIR-3 R4: MIR-2	Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Valencia	20 (83%)
TOTALES	156 (126 mujeres)	R1: MIR-17 PIR-14 PIYA-4 R2: MIR-33 PIR-19 R3: MIR-16 PIR-18 R4: MIR-17 PIR-14 Adjunto*: PIR-4	[Toda España a excepción de Murcia, Ceuta y Melilla]	83 (53%)

*Originalmente programado en Málaga en 2020, finalmente se retrasó un año y se hizo online por la situación de pandemia por el Sars-Cov2.

MIR: Médico interno residente; PIR: Psicólogo interno residente

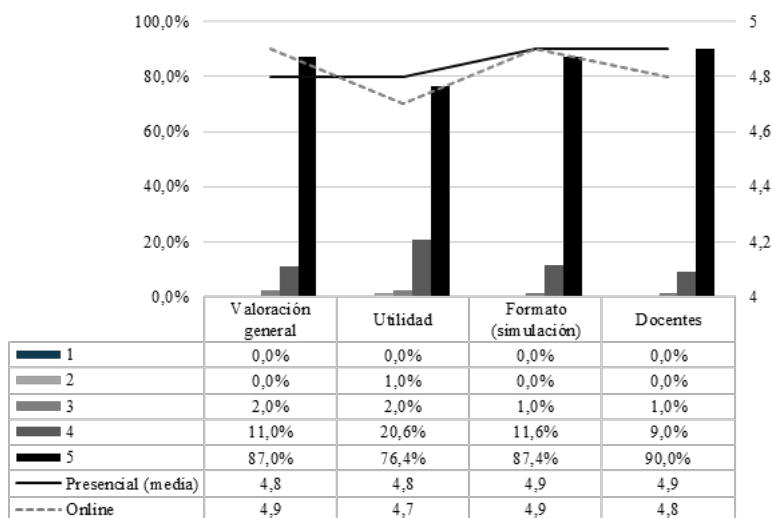


Figura 1. Distribución de las puntuaciones Likert en porcentajes, y medias ponderadas para el cómputo global de los talleres presenciales vs. online en su valoración general, percepción de utilidad, valoración del formato (simulación) y de los docentes.

Tabla 2. Distribución de los temas extraídos de los comentarios de los participantes en la encuesta.

¿Qué ha resultado más útil?	Total n (%)
Enfoque práctico	54 (56,3)
Contenido de las sesiones teóricas	14 (14,6)
Docentes	8 (8,3)
Debate e interacción con otros participantes	6 (6,3)
Casos clínicos presentados	5 (5,2)
¿Qué ha resultado menos útil?	Total n (%)
Contenido de las sesiones teóricas	18 (32,7)
Todo fue útil	17 (30,9)
Poca duración del taller	11 (20)
Aspectos relacionados con el <i>role-play</i>	6 (10,9)
¿Qué repetirías?	Total n (%)
El formato práctico	28 (38,9)
Todo el taller	24 (33,3)
Contenido de las sesiones teóricas	9 (12,5)
Los casos clínicos presentados	6 (8,3)
Los docentes	5 (6,9)
¿Qué cambiarías?	Total n (%)
Incrementar la duración del taller	19 (35,8)
No cambiaría nada del taller	14 (26,4)
Contenido de las sesiones	13 (24,5)

Un total de 76 participantes contestaron a la pregunta *¿Qué ha resultado más útil?* con un total de 96 respuestas que se han codificado y agrupado en 9 temas diferentes. Los participantes encontraron más útil el enfoque práctico del taller (56,3%), seguido del contenido de las sesiones teóricas (14,6%) y los docentes (8,3%). Un total de 55 participantes respondieron a la pregunta *¿Qué ha resultado menos útil?* dando lugar a 55 respuestas que se han organizado en 6 temas distintos. Los participantes encontraron menos útil las sesiones teóricas (32,7%) y la poca duración del taller (20%). El 30,9% de los que respondieron a esta pregunta consideró que todo el taller fue útil. Un total de 65 participantes respondieron a la pregunta *¿Qué repetirías?* dando lugar a 72 respuestas que se han organizado en 5 temas distintos. El 38,9% de las participantes repetirían el formato práctico del taller. Un total de 53 participantes respondieron a la pregunta *¿Qué cambiarías?* dando lugar a 53 respuestas que se han codificado en 7 temas diferentes. El 35,8% consideró importante cambiar la duración del taller a más de un día y el 24,5% cambiaría el contenido de las sesiones (es decir los temas tratados u otros aspectos teóricos). En la [Tabla 3](#) mostramos algunos ejemplos de respuestas de los participantes.

Tabla 3. Ejemplos de comentarios sobre el taller realizados por los participantes en la encuesta de satisfacción.

El hecho de que sea solo para residentes me parece un gran acierto. Convocar a residentes de toda España, me parece también, un gran acierto. Hacerlo dinámico y participativo es lo ideal, y así ha sido. La orientación me ha encantado, estoy bastante cansado de ir a cursos donde expliquen todo desde modelos teóricos. Aludir a las guías clínicas donde se enfatiza la intervención basada en la evidencia científica también es un gran acierto. El trabajo colaborativo MIR-PIR es genial.

Participante del Taller I

Lo que más útil me ha resultado ha sido la interacción entre los presentadores del curso y los asistentes, con feedback y motivación continua. Con esta metodología se aprende jugando y facilita la interiorización de contenidos de manera más fluida. Ha sido una experiencia agradable.

Participante del Taller II

El formato online ha estado muy bien, muy aprovechado y pudiendo trabajar en grupos pequeños. Muy participativo y dinámico, aspectos que muchas veces son difíciles de conseguir en este formato. Lo único que añadiría más tiempo porque me daba la sensación de que se corría mucho y que había cosas a las que se podría dedicar algo más de tiempo.

Participante del Taller III

No me imaginaba que algo tan práctico me fuese a gustar, pensaba que sería algo más teórico, pero me ha encantado y he participado mucho.

Participante del Taller IV

Los role-plays estaban genial, muy bien combinado con la parte teórica, todo lo que hacíamos era muy aplicable a la actividad asistencial. El mejor curso al que he asistido sin duda.

Participante del Taller V

Los docentes son muy motivadores, se nota que les gusta lo que hacen, no sólo que les guste su profesión, si no que estaban en el curso porque les gusta impartirlo. La impresión es que les gusta que aprendamos.

Participante del Taller V

DISCUSIÓN

El presente trabajo pretende describir la experiencia de los talleres de formación de residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica en las áreas de Salud Mental Infanto-Juvenil en los que se ha utilizado la simulación para la formación de los residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Asimismo, se presentan los resultados de satisfacción del taller de residentes organizado por miembros de la Asociación de Científicos en Salud Mental – Fundación Alicia Koplowitz. En global, los niveles de satisfacción de los residentes fueron

30

muy elevados, destacando el método de formación basado en la simulación. A nivel cualitativo, los residentes han valorado de manera muy positiva el trabajo colaborativo entre residentes de diferentes especialidades, el enfoque motivador por parte de los docentes y el uso de estrategias dinámicas y activas de formación, entre ellas el *role-play*.

Los resultados obtenidos van en la línea de estudios previos que han analizado la satisfacción de estudiantes y residentes en formación a través del método de simulación. Warren *et al.* (2016) (12) realizaron una revisión sistemática incluyendo procedimientos de simulación en estudiantes de enfermería. Encontraron que esta metodología estaba asociada con un aumento de la satisfacción, de los conocimientos y de la sensación de autoeficacia. Agha *et al.* (2015) (13) llevó a cabo un estudio con estudiantes de medicina, quienes valoraron como los aspectos más importantes de la simulación los siguientes: oportunidad para practicar, retención del conocimiento y aprendizaje en un entorno protegido. De manera similar a nuestro taller, Amsalem *et al.* (2020) (4) mostró que un único día de formación en Psiquiatría con metodología basada en la simulación para estudiantes de medicina, daba lugar a altos niveles de satisfacción y autoconfianza. Los autores concluyeron además que el entrenamiento mejoraba sus habilidades clínicas y de comunicación. En otra revisión (14), se encontró que los estudiantes de enfermería consideraban que el uso de simulación con escenarios de interacción madre-hijo fomentaba su autoconfianza a la hora de enfrentarse a situaciones similares en la práctica clínica.

Cabe destacar que los estudios acerca de entrenamiento basado en la simulación se han realizado mayoritariamente con estudiantes de medicina o enfermería, en relación a la adquisición de habilidades manuales para realizar procedimientos (por ejemplo, laparoscopia o reanimación cardiopulmonar) (15). Hay una escasez de estudios en el área de la Salud Mental, en la que el aprendizaje de habilidades y técnicas dista mucho del aprendizaje de otro tipo de técnicas médicas o de enfermería (11). Si nos referimos al ámbito de la Psiquiatría y la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia, el número de investigaciones es todavía más limitado (16-19).

Este trabajo presenta una serie de fortalezas y puntos débiles. Respecto a las fortalezas, podemos señalar que, hasta donde tenemos conocimiento, este es el primer artículo que reporta resultados de satisfacción del formato de entrenamiento basado en la simulación en España. Si bien desconocemos otras iniciativas formativas de este tipo que no hayan sido publicadas, consideramos que el taller supone un formato de entrenamiento en salud mental novedoso. La formación suele ser eminentemente teórica, con presentación de casos clínicos, pero sin implicar una participación activa de los residentes. Si bien el uso del *role-play* es relativamente frecuente, cabe señalar que generalmente se utiliza de manera puntual en el marco de una docencia menos activa. Como han referido los residentes en sus respuestas cualitativas, el uso de la simulación favorece la motivación, la interiorización de contenidos y el desarrollo de habilidades aplicables en la clínica diaria (4, 13, 14).

Como limitaciones del estudio, cabe mencionar la limitada muestra disponible y el bajo ratio de cumplimentación de los cuestionarios de satisfacción tras el taller de residentes. Además, este trabajo presenta resultados descriptivos acerca de la satisfacción, pero no permite explorar si el método de entrenamiento tiene efectos en las habilidades terapéuticas de los residentes.

A continuación, presentamos una serie de propuestas para incorporar la simulación en la formación de residentes de Psiquiatría y de Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Estas recomendaciones se basan en nuestra experiencia personal y en propuestas realizadas por parte de otros autores (20):

- Dividir la clase en grupos pequeños, con el fin de favorecer el trabajo en equipo, la implicación y la motivación.
- Adoptar un enfoque colaborativo y no directivo, en la línea de los formatos grupales de *Incredible Years* (21), planteando de manera breve unos contenidos teóricos, y a partir de ellos, fomentando la construcción del conocimiento por parte de los residentes en base a los casos clínicos y la simulación de los mismos.
- Plantear una formación amena para mantener a los residentes conectados y aumentar sus tiempos de

- atención. En los talleres de residentes, nombramos a cada grupo en base a series de dibujos animados, en el caso del taller de infancia, y a grupos de música o cantantes, en el taller de adolescencia.
- Usar el refuerzo positivo, tanto verbal como tangible. Para fomentar la participación y con objetivo de modelar estas estrategias, se ofrecía a los residentes pequeñas recompensas como pegatinas o bombones, lo que a su vez hacía que la formación fuese dinámica y se mantuviesen conectados. Por otra parte, al finalizar el *role-play*, se pedía a los compañeros que destacasen aspectos positivos de la actuación del residente que hacía el rol de terapeuta.
 - Centrarse en objetivos concretos durante la realización del *role-play*. Se planteaban situaciones concretas, como por ejemplo valorar sintomatología de trastorno del espectro autista gestionar la inquietud del niño, o manejar una escasa colaboración por parte de los padres.
 - Utilizar casos clínicos reales, debidamente anonimizados.
 - Aportar material escrito, de manera que los residentes puedan mantener una participación activa en el taller, y se lleven documentos que les resulten de utilidad para su práctica clínica.
 - Si la formación se realiza online, se pueden igualmente dividir a los participantes en pequeños grupos y usar salas separadas para llevar a cabo los *role-play*.

En conclusión, en base a nuestra experiencia en los talleres de residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia utilizando la simulación de casos y aumentando la practicidad del taller, consideramos que este método de entrenamiento puede favorecer la motivación e implicación en la docencia, y ser un pilar clave en la formación de residentes de las nuevas especialidades de Infancia y Adolescencia ya que fue valorado de manera muy positiva por los participantes. Futuros estudios deberían analizar si esta metodología formativa tiene efectos positivos a nivel del desarrollo de competencias de los residentes en la práctica clínica diaria.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los autores son miembros de la Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y el Adolescente - Fundación Alicia Koplowitz. Se trata de una asociación sin ánimo de lucro cuyo interés principal es fomentar el desarrollo de la ciencia en el campo de la Salud Mental del Niño y del Adolescente y Neurociencia. Está asociación está formada por antiguos becarios de la Fundación Alicia Koplowitz. No hay otros conflictos de interés.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores han ayudado a la concepción y diseño del trabajo. JSC y DI han recogido, recopilado y analizado los datos. JSC, FVA, AC, IBT, MSA y DI han redactado el primer borrador. Todos los autores han revisado y contribuido en la escritura de la versión final del artículo. Todos los autores confirman que han tenido acceso a los datos y aceptan responsabilidad por la publicación del mismo.







Nota: el material suplementario correspondiente a este artículo, que consiste en el formulario de solicitud de registro para la IV edición del Taller de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño/a para residentes MIR/PIR, se encuentra disponible para descargar en el siguiente enlace: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/libraryFiles/downloadPublic/16>

REFERENCIAS

1. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1): 281-95. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
2. Colizzi M, Lasalvia A, Ruggeri M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *Int J Ment Health Syst*. 2020;14: 23. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>.

3. «BOE» núm. 185, de 4 de agosto de 2021, páginas 94986 a 94996 (11 págs.). BOE-A-2021-13266. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/08/03/689>.
4. Amsalem D, Gothelf D, Soul O, Dorman A, Ziv A, Gross R. Single-Day Simulation-Based Training Improves Communication and Psychiatric Skills of Medical Students. *Front Psychiatry*. 2020;11: 221. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00221>.
5. Greaves SW, Alter SM, Ahmed RA, Hughes KE, Doos D, Clayton LM, et al. A Simulation-based PPE orientation training curriculum for novice physicians. *Infect Prev Pract*. 2023;5(1): 100265. <https://doi.org/10.1016/j.infpip.2022.100265>.
6. Cook DA, Brydges R, Hamstra SJ, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, et al. Comparative effectiveness of technology-enhanced simulation versus other instructional methods: a systematic review and meta-analysis. *Simul Healthc*. 2012;7(5): 308-20. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e3182614f95>.
7. Williams JC, Balasuriya L, Alexander-Bloch A, Qayyum Z. Comparing the Effectiveness of a Guide Booklet to Simulation-Based Training for Management of Acute Agitation. *Psychiatr Q*. 2019;90(4): 861-9. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09670-z>.
8. Thomson AB, Cross S, Key S, Jaye P, Iversen AC. How we developed an emergency psychiatry training course for new residents using principles of high-fidelity simulation. *Med Teach*. 2013;35(10): 797-800. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.803522>.
9. Deleva VN, Zigman D. A Simulation-Based Communication Skills Training in Treating First-Episode Psychosis for Psychiatry Residents. *Acad Psychiatry*. 2020;44(5): 638-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01287-w>.
10. Asociación de Científicos en Salud Mental del Niño y del Adolescente. Fundación Alicia Koplowitz. Área de Formación Continuada. Available from: <https://asociaciondecientificosfundak.org/area-area-de-formacion-continuada/>.
11. del Barrio AG, Vázquez-Bourgon J, Pellón JE, Maestre JM, Gómez-Revuelta M. Clinical simulation: A useful and underutilized training tool for the present and the future of learning in psychiatry. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. 2023;16(4): 262-3. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.06.003>.
12. Warren JN, Luctkar-Flude M, Godfrey C, Lukewich J. A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse Educ Today*. 2016;46: 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.023>.
13. Agha S, Alhamrani AY, Khan MA. Satisfaction of medical students with simulation based learning. *Saudi Med J*. 2015;36(6): 731-6. <https://doi.org/10.15537/smj.2015.6.11501>.
14. MacKinnon K, Marcellus L, Rivers J, Gordon C, Ryan M, Butcher D. Student and educator experiences of maternal-child simulation-based learning: a systematic review of qualitative evidence protocol. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(1): 14-26. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-1694>.
15. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, Barsuk JH, Wayne DB. Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Acad Med*. 2011;86(6): 706-11. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217e119>.
16. Thomas I, Benoit L, Duvivier R, de Carvalho Filho MA, Martin A. Family dyads, emotional labor, and holding environments in the simulated encounter: co-constructive patient simulation as a reflective tool in child and adolescent psychiatry training. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2023;17(1): 114. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00663-2>.
17. Martin A, Weller I, Amsalem D, Duvivier R, Jaarsma D, de Carvalho Filho MA. Co-constructive Patient Simulation: A Learner-Centered Method to Enhance Communication and Reflection Skills. *Simul Healthc*. 2021;16(6): e129-e35. <https://doi.org/10.1097/sih.0000000000000528>.
18. Colburn MD, Harris E, Lehmann C, Widdice LE, Klein MD. Adolescent Depression Curriculum Impact on Pediatric Residents' Knowledge and

- Confidence to Diagnose and Manage Depression. *J Adolesc Health*. 2020;66(2): 240-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.022>.
19. Fallucco EM, James L, Smotherman C, Greco P. Impact of Experiential Training With Standardized Patients on Screening and Diagnosis of Adolescent Depression in Primary Care. *J Adolesc Health*. 2019;65(1): 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.12.022>.
20. Dave S. Simulation in psychiatric teaching. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2012;18(4): 292-8. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008482>.
21. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2018. p. 122-41.

N Calvo^{1, 2, 3, 4, 5*} 
J Lugo-Marín^{1, 3} 
A Garcia-Martínez¹
T Alonzo-Castillo¹
S Ferrer¹
M Oriol-Escudé¹ 
C Pérez-Galbarro¹ 
J-A Ramos-Quiroga^{1, 2, 3, 4, 5} 
M Ferrer^{1, 2, 3, 4, 5} 

1 Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España.

2 Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona, España.

3 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España.

4 Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

5 Grup TLP Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Natalia Calvo

Correo: natalia.calvo@vallhebron.cat

¿Existe una posible asociación entre la versatilidad de métodos autolesivos no suicidas en la adolescencia y adultez temprana y antecedentes de maltrato infantil?

Is there an association between child abuse and the versatility of self-harm methods in adolescence and early adulthood?

RESUMEN

Introducción: Uno de los factores de riesgo específicos más frecuentemente asociados con el desarrollo de autolesiones no suicidas (ANS) en la adolescencia y adultez temprana es el maltrato infantil.

Objetivos: En primer lugar, examinar las diferencias en la frecuencia y versatilidad (método único vs. combinado) de ANS en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). En segundo lugar, examinar las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). En tercer lugar, examinar las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo (método único vs. combinado). **Material y métodos:** La muestra estuvo formada por 284 pacientes ambulatorios que acudieron a las consultas externas de un hospital general (86,6% mujeres, edad media = 19,29 años, DE = 3,32) y fueron divididos

ABSTRACT

Introduction: One of the specific risk factors most frequently associated with the development of non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence and early adulthood is childhood maltreatment. **Objectives:** First, to examine differences in the frequency and versatility (single vs. combined method) of NSSI in two groups of patients (adolescents vs. young adults). Second, to examine differences in self-reported childhood trauma experiences in two groups of patients (adolescents vs. young adults). Third, to examine differences in self-reported childhood trauma experiences in two groups of patients with NSSI according to the versatility of the self-injury method (single vs. combined method). **Material and methods:** 284 outpatients (86.6% women, mean age = 19.29 years, SD = 3.32) were divided into two age groups: adolescents from 12 to 18 years (n= 127; 44.7% of the total sample), and young

en dos grupos de edad: adolescentes de 12 a 18 años (n= 127; 44,7% de la muestra total), y adultos jóvenes de 19-25 años (n=157; 55,3%). **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y versatilidad de las autolesiones en los dos grupos de pacientes (adolescentes vs. jóvenes) así como tampoco diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en los grupos de pacientes según la versatilidad del método autolesivo. No obstante, si se objetivó que los adultos jóvenes reportaron mayores puntuaciones de trauma infantil autoinformado en comparación con los adolescentes. **Conclusiones:** Se necesitan estudios futuros para la detección de factores de vulnerabilidad temprana y poder así mejorar el uso de intervenciones psicoterapéuticas más efectivas para el manejo clínico de las autolesiones no suicidas.

Palabras clave: Autolesiones No Suicidas (ANS), Maltrato Infantil (MI), métodos de ANS, subtipos de Maltrato Infantil.

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones no suicidas (ANS) se definen como el daño autoinfligido intencionalmente en la superficie del cuerpo con la expectativa de provocar daño físico moderado, en ausencia de intención suicida (1). En la CIE-11 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud) (2), las ANS existen a nivel de síntoma mientras que, en el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (3), se introduce como una categoría diagnóstica que precisa más estudio.

Las tasas de prevalencia de las ANS en la población general a nivel mundial oscilan aproximadamente entre el 17% y el 18% de los adolescentes (4), el 13% de los adultos jóvenes y el 6% de los adultos mayores de 25 años (5). Sin embargo, en muestras clínicas estas tasas pueden ser mucho más altas, llegando hasta el 50% y 60% en adolescentes (6) y el 21% en adultos (7,8,9).

Las ANS generalmente comienzan en la adolescencia temprana, alcanzan su punto máximo alrededor de los 15 o 16 años y disminuyen a partir

adults aged 19-25 years (n=157; 55.3%). **Results:** No significant differences were found in the frequency and versatility of self-harm in the two groups of patients (adolescents vs. young people) and no differences were observed in self-reported childhood trauma experiences in the patient groups according to the versatility of the self-harm method. However, it was found that young adults reported higher scores of self-reported childhood trauma compared to adolescents. **Conclusions:** Future studies are needed to detect early vulnerability factors and thus improve the use of more effective psychotherapeutic interventions for the clinical management of non-suicidal self-injury.

Keywords: Non-suicidal self-harm (NSSI), childhood maltreatment (CM), methods of NSSI, CM subtypes.

de la adultez (10). Sin embargo, el comportamiento autolesivo persiste entre el 30% y el 40% de los adultos jóvenes con historia ANS en el pasado (11, 12). Estos datos subrayan el impacto significativo de las ANS en el desarrollo evolutivo desde la adolescencia hasta la edad adulta temprana (13). Respecto al género, las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de realizar ANS a lo largo de su vida y esta diferencia de género es mayor en muestras clínicas (14).

Las ANS pueden ocurrir en el contexto de diversos trastornos mentales, pero también pueden presentarse sin psicopatología acompañante (15). Se ha observado una asociación particularmente fuerte entre las ANS y el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (16). Aunque las ANS se definen por su falta de intención suicida, la frecuencia (número de episodios) en que se realizan las ANS presenta una asociación fuerte con el comportamiento suicida y la magnitud de esa relación aumenta a medida que un individuo utiliza mayor versatilidad de métodos. Esto se debe a que los individuos pueden estar más acostumbrados al concepto general de dañar su propio cuerpo al recurrir a diferentes métodos para autolesionarse (17).

36

En esta línea, hay estudios que sugieren el riesgo de suicidio se asocia más firmemente con la versatilidad de métodos en las ANS que con su frecuencia (18, 19).

En prevalencia global de frecuencia autolesiva y versatilidad de métodos, se observa que las ANS repetitivas son más comunes que las episódicas, y la versatilidad de métodos incrementa con el tiempo y es ligeramente más frecuente que el uso de un solo método autolesivo (20,21). Además, se ha encontrado que la edad de inicio más temprana está asociada con una mayor frecuencia y versatilidad (22). También, acerca de la versatilidad, se ha observado algunos métodos (por ejemplo, cortar) son más comunes en mujeres que en hombres, mientras que en otros no hay diferencias de género (por ejemplo, golpearse) (14).

Varios autores han propuesto diferentes funciones para explicar las ANS, como la regulación de emociones, el autocastigo, la función antisociativa (23,24,25) y la función comunicativa de emociones (26). Entre ellas, la función de regulación emocional es la que cuenta con más apoyo empírico (27) aunque el alivio que se puede sentir después de la autolesión parece ser de corta duración (28).

Respecto a su etiología, los estudios longitudinales han descrito como factores de riesgo el género femenino, la edad de inicio temprana de la conducta autolesiva no suicida, la edad de inicio temprana de ideación e intentos de suicidio, la sintomatología depresiva y el estrés psicológico general (29). El modelo etiológico más relevante postuló dos factores de riesgo distales: la predisposición genética a altos niveles de reactividad emocional y cognitiva y los factores ambientales como el maltrato infantil y la hostilidad/criticismo en el contexto familiar (30).

En esta línea, los adolescentes que realizan ANS frecuentemente refieren historia de maltrato infantil (31, 10, 32). Una revisión sistemática encontró que la incidencia de ANS en adolescentes y adultos jóvenes era mayor entre las personas con experiencia de maltrato infantil que entre aquellas sin experiencias de maltrato infantil (33). En una encuesta alemana aproximadamente el 65% de las personas que se habían autolesionado habían experimentado al menos una forma de maltrato infantil, mientras que alrededor del 50% había sufrido múltiples tipos de maltratos infantiles (34).

La naturaleza de la asociación entre las ANS y el maltrato infantil (MI) en sus diferentes formas como abuso físico, negligencia física, abuso psicológico, negligencia psicológica y abuso sexual (35) aún no está clara. Hay metaanálisis que han encontrado que todos los subtipos de maltrato infantil, excepto la negligencia emocional, se asocian a las autolesiones no suicidas (36). Otros estudios han encontrado que las experiencias adversas en la infancia se asocian con ANS, pero no con su frecuencia o gravedad (31).

OBJETIVOS

El primer objetivo de este estudio es examinar las diferencias en la frecuencia y versatilidad (método único vs. combinado) de ANS en dos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes). Nuestra hipótesis es que, al tratarse de una muestra clínica, es posible que los adultos jóvenes persistan realizando ANS y aumente su frecuencia y versatilidad de métodos a pesar de que el pico de autolesiones se da en la adolescencia tardía. En segundo lugar, se pretende analizar las diferencias en las experiencias de MI autoinformadas en dichos grupos de pacientes (adolescentes vs. adultos jóvenes), ya que es posible que el grupo de adultos jóvenes tenga mayor capacidad para elaborar y recordar sucesos traumáticos. En tercer lugar y por último, se pretende examinar las diferencias en las experiencias de MI autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo (método único vs. combinado) puesto que se hipotetiza que podría existir una correlación entre mayor trauma infantil auto reportado y un mayor uso de más métodos autolesivos, debido a que un uso de múltiples formas de autolesión se asocia a una mayor gravedad y a un mayor riesgo de intentos de suicidio, por lo que sería preciso para incrementar el seguimiento intensivo en dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se trata de un estudio transversal con una muestra de 284 pacientes ambulatorios. Los pacientes reclutados presentan como motivo de

consulta principal la presencia de ANS, en la consulta del Servicio de Salud Mental de un Hospital Universitario de Barcelona (España). De los 284, el 86,6% son mujeres y la media de edad de la muestra es de 19,29 (D.E. 3,32). Los pacientes se dividieron en dos grupos de edad: el primer grupo estaba formado por 127 adolescentes (44,7% de la muestra total) con un rango de 12-18 años. El segundo estaba integrado por 157 adultos jóvenes (55,3% de la muestra total) de 19-25 años. Del grupo de adolescentes, el 88,2% eran mujeres (n= 112), con una media de 16,24 años (SD= 1,45). En cuanto al grupo de adultos jóvenes, el 85,4% eran mujeres (n= 134), con una media de edad de 21,75 años (SD= 2,16).

Procedimiento

La evaluación psicopatológica de los pacientes se realizó mediante tres visitas consecutivas con un psiquiatra y un psicólogo clínico, ambos con amplia experiencia clínica en ANS. Todos los pacientes realizaron una primera visita en la que se realizó entrevista clínica y recogida de datos clínicos y sociodemográficos. Durante la segunda y tercera visitas, se administraron las pruebas psicométricas pertinentes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: tener una edad comprendida entre los 12 y 25 años, etapa entendida como adolescencia y adultez temprana, Cociente intelectual (CI) superior a 70, y ausencia de enfermedades médicas orgánicas que pudieran explicar mejor los síntomas. No se recompensó económicamente a los participantes por su tiempo invertido. Dada la naturaleza de las preguntas sobre abuso infantil en menores y en adultos jóvenes; en caso de confirmación, se realizaban las derivaciones oportunas a las unidades de abuso infantil pertinentes, así como una interconsulta con trabajo social.

El estudio fue aprobado por el Comité del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España (PR(AG) 321/2015). Todos los pacientes y los padres fueron informados del estudio y todos ellos dieron su consentimiento informado por escrito para la participación antes de su inclusión en el estudio y en el caso de los pacientes menores de edad firmaron el consentimiento informado los progenitores o tutores legales de estos.

Instrumentos y medidas

Entrevista clínica

La presencia, frecuencia y el tipo de conductas de ANS fueron evaluadas mediante entrevista clínica. La versatilidad de las ANS (variable principal del estudio), se definió por la categoría dicotómica en la cual se diferenciaba entre método único, es decir, una única forma de autolesionarse (p.ej. cortes) o combinado, en el cual el paciente utiliza varios métodos de autolesión (p.ej. cortes y quemaduras). Además del uso de la entrevista clínica para evaluar las ANS también se usó la versión española del Inventory Statements about Self-injury (ISAS) [versión original (37); versión española (38)]. Se administró en formato heteroinformado para conocer la frecuencia y versatilidad de la ANS.

Maltrato infantil

Los participantes completaron la versión española del Childhood Trauma Questionnaire- Short Form (CTQ-SF) (39, 40). Esta escala autoreportada evalúa de forma retrospectiva antecedentes de MI. Se trata de una escala de 28 ítems para adolescentes y adultos que valoran 5 tipos de MI: abuso físico (AF), abuso sexual (AS), abuso emocional (AE), negligencia emocional (NE) y negligencia física (NF). Cada subescala se representa en 5 ítems evaluados con respuestas de escala tipo Likert de 5 puntos, desde “nunca” hasta “casi siempre”.

El CTQ-SF ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas. Los coeficientes α de Cronbach para las escalas de la versión española del CTQ-SF fueron: AE (0,87), AF (0,89), AS (0,94), NE (0,83) y NF (0,66) (39). Se utilizaron puntos de corte estandarizados del CTQ de la versión original propuestos para cada subescala de maltrato para clasificar si los participantes referían MI y de qué tipo. Estos puntos de corte eran: subescala de abuso emocional >8; subescala de maltrato físico >7; subescala de abuso sexual >5; subescala de negligencia emocional >9; y subescala de negligencia física >7 (40). En este sentido, se considera que han experimentado maltrato si al menos una subescala supera el punto de corte establecido.

Análisis de datos

Se aplicó un análisis exploratorio para evaluar posibles diferencias iniciales entre grupos utilizando pruebas t para variables continuas y pruebas χ^2 para variables categóricas. Para examinar las diferencias en frecuencia y versatilidad de ANS en los dos grupos de pacientes jóvenes se realizó pruebas χ^2 para variables dicotómicas. Realizamos una prueba t para medidas independientes para explorar las diferencias en las experiencias de MI en ambos grupos. Finalmente, se realizó, de nuevo, una prueba t para medidas independientes para comparar la versatilidad de ANS entre los individuos maltratados/no maltratados que, en este caso, juntamos la muestra total. Todos los análisis se realizaron con SPSS versión 24 y todos los resultados informados fueron significativos al nivel del 5%.

RESULTADOS

Del total de la muestra, 127 pacientes ambulatorios formaron parte del grupo de 12 a 18 años, siendo el 88,2% mujeres (n= 112), con una media de 16,24 años (SD= 1,45). En cuanto al grupo de mayor edad, la muestra estuvo compuesta por 157 pacientes ambulatorios, de los cuales el 85,4% eran mujeres (n= 134), con una media de edad de 21,75 años (SD= 2,16).

Los resultados en relación a las diferencias entre la frecuencia y versatilidad de ANS entre el grupo de adolescentes y el grupo de adultos jóvenes indica una mayor frecuencia de ANS en el grupo de adultos jóvenes, si bien dichas diferencias no resultaron significativas ($\chi^2 = 3,63$, $p=0,06$). En ambos grupos la forma de ANS más prevalente es la única (75% de los adolescentes y 63% de los adultos jóvenes). No obstante, los adultos jóvenes tienden a mostrar más versatilidad de métodos de ANS en comparación con los adolescentes (método combinado: 25% de los adolescentes y 37% de los adultos jóvenes).

Los resultados en relación a las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas entre los dos grupos se presentan en la [Tabla 1](#). Así, los adultos jóvenes presentan puntuaciones totales más elevadas en la puntuación total de MI en la infancia ($t = -2,75$, $p= 0,006$), y específicamente en abuso total

($t = -2,56$, $p= 0,011$) y en negligencia total ($t = -2,33$, $p= 0,020$). En relación a los subtipos concretos del CTQ los resultados indican que los adultos jóvenes presentan puntuaciones más elevadas en los subtipos de abuso emocional ($t = -2,85$, $p= 0,005$) y abuso sexual ($t = -2,21$, $p= 0,025$), así como de negligencia emocional ($t = -2,19$, $p= 0,029$) y negligencia física ($t = -1,97$, $p= 0,050$). Estos resultados indican que el abuso emocional es el subtipo con más diferencias entre ambos grupos de edad. Por otro lado, es destacable que, en el abuso sexual, el resultado de la prueba de igualdad de varianzas es significativa ($p= 0,013$), por lo que se eligió el resultado correspondiente del análisis. También señalar que, en negligencia física, la diferencia entre grupos es marginal ($t = -1,97$, $p = 0,05$). Por último, en el caso del abuso físico no hubo diferencias significativas ($t = -0,45$, $p= 0,656$) entre grupos.

Tabla 1. Experiencia de maltrato infantil del autoinforme Cuestionario de Traumas Infantiles (CTQ) y grupos de edad.

χ^2	Grupo 12 - 18 años (n= 127)	Grupo 19 - 25 años (n= 157)	t-test	p
	Media (SD)	Media(SD)		
Puntuación Total	46,01 (17,49)	51,68 (16,89)	-2,75	0,006
Abuso Total	26,34 (11,80)	29,94 (11,57)	-2,56	0,011
Negligencia Total	19,66 (7,34)	21,74 (7,47)	-2,34	0,020
CTQ Subtipos				
Abuso emocional	11,87 (5,86)	13,87 (5,81)	-2,85	0,005
Abuso físico	7,33 (4,24)	7,55 (3,95)	-0,45	0,656
Abuso sexual	7,14 (4,74)	8,51 (5,50)	-2,25	0,025
Negligencia emocional	12,33 (5,09)	13,68 (5,16)	-2,20	0,029
Negligencia física	7,33 (2,97)	8,05 (3,13)	-1,97	0,050

CTQ: *childhood trauma questionnaire Spanish version*; n= número de muestra; SD= desviación estándar.

En relación al tercer objetivo del estudio sobre las diferencias en las experiencias de trauma infantil autoinformadas en dos grupos de pacientes con ANS según la versatilidad del método autolesivo se presentan en la [Tabla 2](#). Los datos obtenidos indican

que no existían diferencias significativas por lo que el método único o combinado utilizado en las ANS no parece estar relacionado con las experiencias de maltrato infantil.

Tabla 2. Experiencia de maltrato infantil en el Cuestionario de Traumas Infantiles (CTQ) y versatilidad de métodos en Autolesiones No Suicidas (ANS)

	ANS método único	ANS método combinado	t-test	p
CTQ Total	Media (SD)	Media (SD)		
Puntuación Total	51,06 (18,05)	52,30 (16,70)	-0,48	0,63
Abuso Total	29,54 (12,40)	30,07 (11,80)	-0,30	0,77
Negligencia Total	21,52 (7,64)	22,23 (7,35)	-0,65	0,52
CTQ Subtipos				
Abuso emocional	13,40 (5,85)	13,65 (5,89)	-0,31	0,76
Abuso físico	7,84 (4,76)	7,36 (3,40)	0,75	0,45
Abuso sexual	8,31 (5,33)	9,06 (6,30)	-0,91	0,36
Negligencia emocional	13,53 (5,16)	14,17 (5,02)	-0,87	0,39
Negligencia física	7,99 (3,26)	8,06 (3,12)	-0,14	0,89

ANS= Autolesiones no suicidas; CTQ: *childhood trauma questionnaire Spanish version*; n= número de muestra; SD= desviación estándar.

DISCUSIÓN

La literatura sugiere que el maltrato infantil y sus subtipos pueden ser considerados uno de los factores de riesgo específicos más frecuentemente asociados en el desarrollo de las ANS en la etapa de la adolescencia y adultez joven (29, 33, 36). Siguiendo esta línea, los objetivos de este estudio han sido estudiar la posible asociación entre ambos teniendo en cuenta la versatilidad de los métodos en una muestra de pacientes ambulatorios de entre 12 y 25 años.

Nuestros resultados indican que los adultos jóvenes presentan, tanto mayor frecuencia como versatilidad, al usar más de un método de ANS que los adolescentes. Estos resultados podrían estar relacionados con lo que algunos autores sugieren que el alivio que pueden

producir las ANS puede convertirse en una práctica recurrente, generando patrones de dependencia, con tendencia a la cronicidad (41), explicando así en parte la presencia de más ANS y en formas combinadas en adultos jóvenes en comparación con los adolescentes. En la misma línea, algunos estudios han observado que las personas con un inicio temprano de ANS parecen tener más tiempo para experimentar varios métodos ANS, lo que podría producir un fenómeno de habituación al método autolesivo principal y en consecuencia probar con otros métodos de ANS para aumentar el dolor o la gravedad (42).

Nuestros resultados en relación a MI y edad de los pacientes estarían en la línea de los estudios publicados hasta la fecha que señalan que la etapa del desarrollo en que se producen ciertos tipos de experiencias traumáticas pueden impactar de forma diferente y condicionar su expresión posteriormente (43). Coincidiendo con estudios anteriores, los pacientes de mayor edad comparado con el grupo de adolescentes de nuestro estudio tienden a presentar un patrón de mayor severidad relacionado con las puntuaciones más elevadas en maltrato infantil. Si bien la literatura refiere que la concordancia entre medidas prospectivas y retrospectivas de los MI debe ser considerada con precaución, este resultado estaría en concordancia con lo que algunos autores señalan acerca de que la expresión del maltrato infantil varía con el paso de los años (44, 45).

Por último, en nuestro estudio se observó que un mayor número de eventos traumáticos o una mayor gravedad de estos eventos no se relacionan con mayor versatilidad de métodos. No obstante, algunos estudios señalan que, ciertas características de las ANS, como severidad y diversificación de métodos de ANS utilizados (46, 47, 48) así como la frecuencia (49, 50) se asociarían a mayor psicopatología y riesgo de intentos de suicidio (51). Sin embargo, estas diferencias entre nuestros resultados y lo que la literatura expresa podrían estar relacionadas con las características de nuestro estudio. A la luz de los resultados obtenidos y según los recientes estudios, situar las ANS no solo desde el número y/o métodos utilizados, sino básicamente desde la detección precoz de aquellos factores de vulnerabilidad tempranos, como el MI que pueden conducir a un empeoramiento clínico, podría mejorar no solo la

propuesta de entidad diagnóstica en el DSM-5-TR (3, 52, 53), sino especialmente, el uso de intervenciones psicoterapéuticas más eficaces para su manejo clínico (54, 55). Futuros estudios deberían centrarse en analizar con mayor profundidad esta posible asociación teniendo en cuenta nuevas variables.

Una de las limitaciones de este trabajo sería el tamaño y las características de la muestra. Si bien los resultados obtenidos resultan significativos, futuros estudios con un mayor reclutamiento de participantes y en otros entornos clínicos permitirían confirmar los resultados obtenidos y esperados. Una segunda limitación es que la mayoría de la muestra es femenina (86,6%), por lo que en futuros estudios sería interesante poder contar con mayor presencia de género masculino, aunque es cierto que las ANS son más presentes en el género femenino. La tercera limitación está relacionada con la posible relación entre frecuencia de ANS e historia de MI. Estos análisis están pendientes de ser realizados en futuros trabajos en el marco de un estudio más amplio del cual forma parte este artículo. Finalmente, el uso del CTQ como instrumento para la recogida de información sobre el MI. Aunque se trata de un autoinforme de uso generalizado en los estudios y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, este tipo de información precisaría de estudios de características más longitudinales que permitan una mayor precisión de la información.

CONCLUSIONES

Nuestros principales hallazgos muestran que la conducta autolesiva no suicida es más presente y se usa un mayor número de métodos autolesivos en la adultez temprana que en la adolescencia, confirmando la hipótesis de que en muestras clínicas las ANS pueden persistir y agravarse. El estudio sugiere que en la adultez temprana se reportan tasas más elevadas de maltrato infantil. Sin embargo, no se ha encontrado que la mayor presencia de eventos traumáticos en la infancia se relacione con una mayor frecuencia en la versatilidad de métodos autolesivos. No obstante, es importante seguir investigando en la detección precoz de los factores de riesgo de las ANS para así poder ofrecer una mejor intervención psicoterapéutica precoz y eficaz.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIONES

Natalia Calvo dirigió el artículo de investigación, concepto, diseño, interpretación datos, escritura, corrección y supervisión. Jorge Lugo-Marín realizó el análisis e interpretación de los datos. Aina García-Martínez, Teresa Alonso-Castillo, Silvia Ferrer y Montserrat Oriol-Escudé desarrollaron el concepto y realizaron el diseño, también participaron en la interpretación de los datos y escritura. Citlallí Pérez-Galbarro participó en la escritura del artículo. Josep-Antoni Ramos-Quiroga y Marc Ferrer estuvieron a cargo de la supervisión.

REFERENCIAS

1. International Society for the Study of Self-injury (2018). What is self-injury? Recuperado a partir de: <https://www.itriples.org/what-is-nssi>
2. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021. Recuperado a partir de: <https://icd.who.int/browse11>
3. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
4. Kaess M, Koenig J, Bauer S, Moessner M, Fischer-Waldschmidt G, Mattern M, Herpertz SC, Resch F, Brown R, In-Albon T, Koelch M, Plener PL, Schmahl C, Edinger A. STAR Consortium. Self-injury: Treatment, Assessment, Recovery (STAR): online intervention for adolescent non-suicidal self-injury - study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019 Jul 12;20(1): 425. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3501-6>
5. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide and Life-*

- Threatening Behavior. 2014 Jan 15;44(3): 273-303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
6. Edinger A, Fischer-Waldschmidt G, Parzer P, Brunner R, Resch F, Kaess M. The Impact of Adverse Childhood Experiences on Therapy Outcome in Adolescents Engaging in Nonsuicidal Self-Injury. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 4;11: 505661. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.505661>
 7. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8): 1501-8. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
 8. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Oct;72(5): 885-90. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
 9. Morales YM, Guarnero PA. Non-suicidal self-injury among adult males in a correctional setting. *Issues Ment Health Nurs*. 2014 Aug;35(8): 628-34. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.927943>. PMID: 25072216
 10. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015 Jan 30;2: 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
 11. Whitlock J, Prussien K, Pietrusza C. Predictors of self-injury cessation and subsequent psychological growth: results of a probability sample survey of students in eight universities and colleges. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Aug 3;9: 19. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0048-5>
 12. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Pinchevsky GM, O'Grady KE. Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med*. 2012 Apr;42(4):717-26. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001814>
 13. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL. Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry*. 2014 Nov;59(11):576-85. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
 14. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2015 Jun;38: 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
 15. Stanford S, Jones MP. Psychological subtyping finds pathological, impulsive, and 'normal' groups among adolescents who self-harm. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Jul;50(7): 807-15. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02067.x>
 16. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Patterns of Non-Suicidal Self-Injury and Their Relationship with Suicide Attempts in Youth with Borderline Personality Disorder. *Arch Suicide Res*. 2018 Jul-Sep;22(3): 465-78. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1358226>
 17. Anestis MD, Selby EA. Grit and perseverance in suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Death Stud*. 2015 Jan-Jun;39(1-5): 211-8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.946629>
 18. DiCorcia JD, Arango A, Horwitz AG, King CA. Methods and functions of non-suicidal self-injury among adolescents seeking emergency psychiatric services. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2017;39(4): 693-704. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9609-7>
 19. Turner BJ, Layden BK, Butler SM, Chapman AL. How often, or how many ways: clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Arch Suicide Res*. 2013;17(4): 397-415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
 20. Halicka J, Kiejna A. Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: Criteria differentiation. *Adv Clin Exp Med*. 2018 Feb;27(2): 257-61. <https://doi.org/10.17219/acem/66353>
 21. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2022 Aug 10;13: 912441. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912441>
 22. Muehlenkamp JJ, Xhunga N, Brausch AM. Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior. *Arch Suicide Res*. 2019 Oct-Dec;23(4): 551-63. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

23. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 2006 Mar;44(3):371-94.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
24. Hasking P, Whitlock J, Voon D, Rose A. A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cogn Emot.* 2017 Dec;31(8): 1543-56.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
25. Thai TT, Jones MK, Nguyen TP, Pham TV, Bui HHT, Kim LX, Nguyen TV. The Prevalence, Correlates and Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Vietnamese Adolescents. *Psychol Res Behav Manag.* 2021 Nov 27;14: 1915-27.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S339168>
26. Liu RT, Cheek SM, Nestor BA. Non-suicidal self-injury and life stress: A systematic meta-analysis and theoretical elaboration. *Clin Psychol Rev.* 2016 Jul;47: 1-14.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.005>
27. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord.* 2018 Feb;227: 759-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
28. Koenig J, Klier J, Parzer P, Santangelo P, Resch F, Ebner-Priemer U, Kaess M. High-frequency ecological momentary assessment of emotional and interpersonal states preceding and following self-injury in female adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Aug;30(8): 1299-308.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01626-0>
29. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018 Jan 19;115(3):23-30.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0023>
30. Nock MK. Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Curr Dir Psychol Sci.* 2009 Apr 1;18(2):78-83.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
31. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of non-suicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013 Apr 30;206(2-3): 265-72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
32. Glenn CR, Klonsky ED. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42(4): 496-507.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
33. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M, Erbuto D, Pocai B, Fiorillo A, Pompili M, Flouri E, Amore M. The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2017 Aug 24;8: 149.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>
34. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, Plener PL. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry.* 2018 Jun 8;18(1): 181. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1754-3>
35. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LR., van Ijzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review.* 2015;24(1): 37-50.
<https://doi.org/10.1002/car.2353>
36. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2018 Jan;5(1): 51-64.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
37. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009 Sep;31(3): 215-9.
<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
38. Pérez S, García-Alandete J, Cañabate M, Marco JH. Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statements About Self-injury in a Spanish clinical sample. *J Clin Psychol.* 2020 Jan;76(1): 102-17. <https://doi.org/10.1002/jclp.22844>
39. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, Labad A, Valero

- J, Gutiérrez-Zotes JA. Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *J Interpers Violence*. 2013 May;28(7): 1498-518.
<https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
40. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, J Am Acad Child Psy*. 1997; 36(3): 340-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
41. Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí, S. Manual de psicología de la conducta suicida. Ediciones Pirámide; 2023.
42. Ammerman BA, Jacobucci R, McCloskey MS. Using Exploratory Data Mining to Identify Important Correlates of Nonsuicidal Self-Injury Frequency. *Psychol Violence*. 2018 Jul;8(4): 515-25. <https://doi.org/10.1037/vio0000146>
43. Marques-Feixa L, Moya-Higueras J, Romero S, Santamarina-Pérez P, San Martín-Gonzalez N, Mas A, et al. (2023). Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) of ICD-11 in youths with childhood maltreatment: Associations with age of exposure and clinical outcomes. *Journal of affective disorders*. 2023;332: 92-104.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.088>
44. Baldwin JR, Reuben A, Newbury JB, Danese A. Agreement Between Prospective and Retrospective Measures of Childhood Maltreatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019 Jun 1;76(6):584-593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
45. Eichenbaum H. Memory: Organization and Control. *Annu Rev Psychol*. 2017 Jan 3;68: 19-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044131>
46. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006 Sep 30;144(1): 65-72.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
47. Whitlock J, Muehlenkamp J, Eckenrode J. Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008 Oct;37(4): 725-35.
<https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
48. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, Marchell T, Kress V, Girard K, Chin C, Knox K. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health*. 2011;59(8): 691-8.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
49. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010 Jun 30;178(1): 101-5.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
50. You J, Leung F, Fu K, Lai CM. The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1): 75-86.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540211>
51. Singhal N, Bhola P, Reddi VSK, Bhaskarapillai B, Joseph S. Non-suicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: Sub-group profiles and their clinical relevance. *Psychiatry Res*. 2021 Jun;300: 113877.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113877>
52. Brager-Larsen A, Zeiner P, Mehlum L. DSM-5 Non-Suicidal Self-Injury Disorder in a Clinical Sample of Adolescents with Recurrent Self-Harm Behavior. *Arch Suicide Res*. 2023 Apr 4: 1-14.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2192767>
53. Predescu E, Sipos R. Self-Harm Behaviors, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation in a Clinical Sample of Children and Adolescents with Psychiatric Disorders. *Children (Basel)*. 2023 Apr 14;10(4): 725.
<https://doi.org/10.3390/children10040725>
54. Calvo N, Ferrer M, Ramos-Quiroga JA, Castell E, Nieto Z. Programa TaySH: programa de intervención psicoterapéutica para conductas autolesivas no suicidas en adolescentes y adultos jóvenes. Mayo; 2021.

- 44 55. Calvo N, García-González S, Perez-Galbarro C, Regales-Peco C, Lugo-Marin J, Ramos-Quiroga JA, Ferrer M. Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2022 May;58: 86-98.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>

Ana María Gago Ageitos ^{1*} 
Javier Vicente Alba ² 
Vicente Álvarez Pérez ³ 
Carmen Mercedes García Hijano ⁴ 
María Vidal Millares ⁵ 

1 Psiquiatra de la Infancia y Adolescencia. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España.

2 Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Complejo Universitario Hospitalario de Vigo, España.

3 Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra, España.

4 Psicóloga. Pontevedra, España.

5 Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Ana María Gago Ageitos
Correo: anamaria.gago@usc.es

Compensación social e identidad en los adolescentes con trastorno del espectro autista

Social compensation and identity in adolescents with autistic spectrum disorder

RESUMEN

Introducción: En los primeros años de vida, los niños con trastorno del espectro autista (TEA) requieren un diagnóstico y tratamiento adecuados, que incluya la comprensión de las alteraciones del neurodesarrollo comórbidas como el trastorno por déficit de atención o los trastornos de aprendizaje. Mientras que, en la etapa adolescente y adulta, la integración psicosexual, la construcción identitaria y el establecimiento de relaciones interpersonales añaden nuevos retos a la difícil ecuación relacional.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica actualizada que ayude al diagnóstico y tratamiento de los TEA en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, a través de la comprensión de la variabilidad en la expresión fenotípica de los casos más leves. **Métodos:** Revisión bibliográfica utilizando PubMed, Organización Mundial de la Salud (OMS), PsycINFO, y Autism.org con los términos: “camuflaje y autismo”; “compensación social en el autismo”, “identidad sexual en el autismo”, abuso de alcohol en el autismo” desde 2018 hasta el 1.6.2024. **Resultados**

ABSTRACT

Introduction: In the early years of life, children with autism spectrum disorder (ASD) require appropriate diagnosis and treatment, including an understanding of comorbid neurodevelopmental disorders such as attention deficit disorder or learning disabilities. On the other hand, during adolescence and adulthood, the priority will be to deal with other difficulties such as psychosexual integration, identity construction and adequate social interaction. **Objectives:** The aim of this study is to carry out an updated bibliographic review to help in the diagnosis and treatment of ASD in the transition from adolescence to adulthood, by understanding the variability in the phenotypic expression of milder cases. **Methods:** Bibliographic review of the last 5 years in PubMed, Medline, World Health Organization, PsycINFO and Autism.org, with the following terms: “camouflage and autism”, “social compensation in autism”, “sexual identity in autism”, “social

46

y conclusiones: Se han revisado 277 artículos. Los pacientes con TEA evolucionan en su expresión clínica en relación con factores inherentes al trastorno, pero también relacionados con el contexto social. Así, en la transición a la etapa adulta cobran relevancia las estrategias que ayudan al establecimiento de una identidad personal y social que encaje en una sociedad compleja en la que la imagen, los estereotipos y la asimilación juegan un papel clave. La importancia del conocimiento de estos mecanismos ayuda en el diagnóstico y en el abordaje terapéutico.

Palabras clave: camuflaje y autismo, identidad sexual en el autismo, abuso de alcohol y autismo, compensación social en el autismo.

INTRODUCCIÓN

El autismo es un fenotipo conductual con gran variabilidad etiopatogénica, funcional y cognitiva caracterizado por presentar deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (1). Los trastornos del espectro autista (TEA) agrupan los trastornos que comparten la dificultad en la cognición social y el comportamiento social efectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una prevalencia del 1 por cada 100 niños en población general (2,3). En los últimos años ha aumentado progresivamente el diagnóstico de TEA y las causas de este aumento se atribuyen a una mayor atención al trastorno, la consideración dimensional con criterios diagnósticos más amplios y, por lo tanto, al aumento del diagnóstico de casos leves (3). En la etapa de la infancia, los TEA se asocian a otras alteraciones del neurodesarrollo como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Mientras que, en la etapa adolescente y adulta, en especial aquellos con mejores habilidades cognitivas y comunicativas, se observan trastornos emocionales graves e incremento de la ideación y conducta autolítica (4, 5). Muchos pacientes con TEA no se diagnostican en la infancia y se identifican por la comorbilidad psiquiátrica que

presentan (6,7). La psicopatología en estos pacientes puede asociarse a un esfuerzo compensatorio para encajar socialmente (camuflaje), que imprime una expresión fenotípica diferente, más habitual en casos leves y mujeres, que muchos autores han conceptualizado como el “fenotipo femenino” del TEA (8-15). La relevancia clínica del riesgo de abuso de alcohol en los adolescentes con TEA puede ser un mecanismo compensatorio por ejemplo de la ansiedad social (16,17).

Keywords: Camouflage and autism, sexual identity in autism, alcohol abuse and autism, social compensation in autism.

presentan (6,7). La psicopatología en estos pacientes puede asociarse a un esfuerzo compensatorio para encajar socialmente (camuflaje), que imprime una expresión fenotípica diferente, más habitual en casos leves y mujeres, que muchos autores han conceptualizado como el “fenotipo femenino” del TEA (8-15). La relevancia clínica del riesgo de abuso de alcohol en los adolescentes con TEA puede ser un mecanismo compensatorio por ejemplo de la ansiedad social (16,17).

La identidad sexual es la forma en la que cada uno siente su sexualidad e incluye la orientación sexual, la identidad de género y el rol de género. El concepto de identidad sexual actualmente supera la concepción binaria del género, aceptando legalmente en nuestro país la posibilidad de incongruencia entre género asignado al nacimiento e identidad de género, que es una categoría de identidad social (18,19). En los adolescentes con TEA se ha encontrado una mayor prevalencia de disforia de género (DG) (20-24).

Erik Erikson consideraba el período de los 12 a los 20 años como el “estadio de la identidad versus confusión de roles”, según el cual se produce una integración psicosexual y psicosocial que tiene como función la formación de la identidad personal (25). La relación social significativa es la formación del grupo de iguales, de manera que el adolescente busca la sintonía e identificación afectiva y conductual con

aquellos con los que puede establecer relaciones que lo acaban definiendo como persona (26). En 2017 Livingston y cols. conceptualizaron la “hipótesis de la compensación” en los trastornos del neurodesarrollo, basándose en la idea de que los TEA, en ciertos contextos, funcionan de manera neurotípica, con pocos comportamientos atípicos, mostrando buen contacto ocular, reciprocidad social adecuada y no explicitar intereses restringidos (27). En 2019 Hull y cols. desarrollaron una herramienta que mide la propensión a camuflarse Camouflaging Autistic Traits Questionnaire” (CAT-Q) (28) y en 2020 Livingston presenta su «31-item Compensation Checklist” (29). El camuflaje está relacionado con clásicos términos psicopatológicos como son la formación reactiva freudiana, el “falso self” de Winnicott o la depresión enmascarada (9). Las herramientas para detectar compensación y camuflaje distinguen:

1. Camuflaje: estrategias de control en las conversaciones (no decir lo que piensas) y de buscar confluencia como vestirse como el grupo
2. Compensación Superficial: aprender diálogos, forzar el contacto ocular, estudiar maneras coloquiales
3. Compensación Profunda: buscar alternativas cognitivas para interpretar al otro (ej. comparar con reacciones de personajes de obras de ficción)
4. Asimilación: buscar lugares o situaciones en las que pasar desapercibido (escoger trabajos con poco contacto social)

Hay pocos estudios sobre el desarrollo de la identidad de los TEA (30). Las mujeres con TEA describen su identidad como “fragmentada” o “ausente”. El diagnóstico psiquiátrico precisa de la consideración de la patoplastia, es decir, la importancia de la variabilidad en la expresión sintomática de la enfermedad en función de los aspectos sociales que determinan nuestra sociedad. Los TEA deben ser reconocidos no sólo por sus características clínicas, sino en base a los mecanismos adaptativos implementados en relación a las coordenadas sociales de cada época (31,32).

El objetivo de este estudio es realizar una revisión bibliográfica actualizada que ayude a la comprensión diagnóstica y terapéutica de los TEA en el tránsito

de la adolescencia a la etapa adulta, a través de la comprensión de la variabilidad en la expresión fenotípica de los casos más leves.

MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática, llevada a cabo en junio del 2024 en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Medline, World Health Organization y Autism.org. La búsqueda ha incluido los siguientes conceptos: “camuflaje y autismo”; “identidad sexual en el autismo”; “abuso de alcohol y autismo” y “compensación social en el autismo”. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados entre 2018 y junio 1 de 2024; artículos en inglés y castellano; y relevancia clínica; aceptando artículos originales y de revisión.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 277 artículos sobre el tema, de los cuales se incluyeron en la revisión 31. Estos artículos han dado lugar a tres apartados:

Conductas de camuflaje

Se han seleccionado 19 artículos (ver [tabla 1](#)). De las publicaciones revisadas, se concluye que los pacientes con TEA con buen funcionamiento cognitivo desean integrarse socialmente (33), aunque esto les supone un arduo esfuerzo. La soledad es una razón para camuflarse (34). Implementar sistemas de camuflaje o enmascaramiento permite “volar fuera del radar” o aparentar normalidad y esto ayuda a la integración social. El camuflaje permite facilitar relaciones, protege y ayuda en personas en las que la cognición social no va paralela a la cognición general (35). El camuflaje es más frecuente en mujeres y adultos (7, 34, 36). Estas estrategias consisten en copiar frases hechas, ensayar expresiones faciales en el espejo o forzar el contacto ocular (34). Los mecanismos de enmascaramiento pueden ser tan potentes, especialmente en chicas, que pueden pasar desapercibidas pasando o ser consideradas “tímidas” o diagnosticadas de trastornos ansiosos, afectivos y de la conducta alimentaria (14). Sin embargo,

48

si el tiempo de enmascaramiento es excesivo, sin espacio para la expresión del malestar, este se torna contraproducente (37, 38). El cuestionario de Rasgos Autistas de Camuflaje CAT-Q (28) resulta una herramienta útil para valorar el tiempo consumido en el “masking”, y sirve para detectar comportamientos de compensación (copiar, repetir, imitar...), de enmascaramiento o camuflaje (aparentar relajado, aparentar interés, forzar el contacto ocular...) y de asimilación (actuar, evitar o forzar interacciones con otros) con una puntuación umbral de 100. En general los estudios indican que las puntuaciones elevadas en camuflaje asocian una mayor ansiedad y depresión y conducta suicida, y, por la tanto, el clínico debe pensar en este aspecto a la hora de la valoración de los pacientes con TEA (16, 28). La asunción de una identidad social que asuma la neurodiversidad autista

resulta positiva para los TEA (18, 37, 39). La evolución mejora si se habla de una manera abierta sobre autismo entre padres e hijos con TEA (40). Hay autores que ponen de relevancia la importancia de la afectación de la memoria autobiográfica en el autismo, de manera que se alteran las memorias pasadas y la proyección el futuro (41). Los TEA encuentran dificultades en incorporar detalles de memoria en contextos sociales y presentan una narrativa más pobre y con más dificultades para compartir la experiencia individual y social de situaciones personales ocurridas. Además, las narrativas están peor relacionadas entre causas y consecuencias (41). Facilitar la expresión emocional, luchar contra el estigma y las terapias que ayudan en la elaboración de la memoria autobiográfica establecen una identidad más satisfactoria.

Tabla 1. Descripción de los artículos revisados sobre el camuflaje, listados por orden alfabético del primer autor.

Autor	Revista	Título	Metodología	Resultados
Alaghband-Rad, J., Hajikarim-Hamedani, A., & Motamed, M. (2023)	<i>Frontiers in Psychiatry</i> , 14, 1108110.	Camouflage and masking behavior in adult autism.	16 artículos Revisión sistemática sobre el camuflaje	Las conductas de camuflaje son muy frecuentes en el autismo, especialmente en mujeres.
Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S., & Cassidy, S. (2021)	<i>Autism in Adulthood: Challenges and Management</i> , 3(4), 320–329.	Autistic Adults' experiences of Camouflaging and Its Perceived Impact on Mental Health.	Muestra de 128 mujeres y 56 hombres Detección de conductas de camuflaje	La intensidad de las conductas de camuflaje se relaciona con peor salud mental.
Cook, J., Crane, L., Hull, L., Bourne, L., & Mandy, W. (2022).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 26(2), 406–421.	Self-reported camouflaging behaviours used by autistic adults during everyday social interactions.	Muestra de 17 participantes con TEA en sus interacciones sociales mediante grabación por vídeo	Detectaron 38 comportamientos de camuflaje.
Cooper, K., Russell, A. J., Lei, J., & Smith, L. G. (2023).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 27(3), 848–857.	The impact of a positive autism identity and autistic community solidarity on social anxiety and mental health in autistic young people.	Muestra de 121 participantes con TEA.	La identificación con el diagnóstico y sentir la solidaridad, ayuda en el bienestar psíquico.
Cresswell, L., & Cage, E. (2019). Cresswell, L., & Cage, E. (2019).	<i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 49(7), 2901–2912.	‘Who Am I?': An Exploratory Study of the Relationships Between Identity, Acculturation and Mental Health in Autistic Adolescents.	24 participantes adolescentes con TEA, que completan diversos cuestionarios sobre identidad	No encuentran relación clara entre la identidad autista y la salud mental en la muestra.

Cruz, S., Zubizarreta, S. C. P., Costa, A. D., Araújo, R., Martinho, J., Tubio-Fungueiriño, M., Sampaio, A., Cruz, R., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2024).	<i>Neuropsychology Review.</i>	Is There a Bias Towards Males in the Diagnosis of Autism? A Systematic Review and Meta-Analysis.	67 artículos Revisión sistemática	Apoyan la posibilidad de un fenotipo femenino autístico y más presencia en mujeres de conductas de camuflaje.
Fombonne, E. (2020).	<i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 61(7), 735–738.	Camouflage and autism.	Editorial	El concepto de camuflaje en el autismo como, “formación reactiva”, término similar a la “depresión enmascarada”, “falso self”.
Hull, L., Petrides, K. v., & Mandy, W. (2021). Hull, L., Petrides, K. v., & Mandy, W. (2021).	<i>Autism Research</i> , 14(3).	Cognitive Predictors of Self-Reported Camouflaging in Autistic Adolescents.	58 adolescentes con TEA. Mide la relación entre camuflaje y función ejecutiva	Mejor función ejecutiva se correlacionó con más camuflaje.
Hull, L., Mandy, W., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., & Petrides, K. v. (2019).	<i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 49(3), 819–833.	Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q).	Muestra de 354 participantes con TEA y 478 sin TEA	Refuerzo de la validez psicométrica del cuestionario CAT-Q.
Hus, Y., & Segal, O. (2021).	<i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> , 17, 3509–3529.	Challenges Surrounding the Diagnosis of Autism in Children.	Revisión	La importancia de realizar un diagnóstico adecuado.
Lawson, W. B. (2020).	<i>Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment</i> , 8(3).	Adaptive morphing and coping with social threat in Autism: An autistic perspective.	Revisión del concepto camuflaje	El camuflaje no es un engaño. Resalta la importancia de las palabras y que el camuflaje en el autismo (donde hay literalidad) es una reacción adaptativa.
Livingston, L. A., Shah, P., Milner, V., & Happé, F. (2020). Livingston, L. A., Shah, P., Milner, V., & Happé, F. (2020).	<i>Molecular Autism</i> , 11(1), 15.	Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism.	Participantes: 117 adultos 58 con TEA 59 sin TEA 31-Compensation checklist	Más uso de compensación en el grupo con TEA que en el grupo sin TEA.
Maitland, C. A., Rhodes, S., O’Hare, A., & Stewart, M. E. (2021).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 25(6), 1771–1783.	Social identities and mental well-being in autistic adults. <i>Autism</i> .	184 adultos TEA Cuestionarios sobre pertenencia a grupos	Identificarse como autistas y compartir grupo con otros autistas asocia más salud mental
McPartland, J. C. (2019). Autism’s existential crisis: a reflection on Livingston et al. (2018).	<i>Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines</i> (Vol. 60, Issue 1).	Autism’s existential crisis: a reflection on Livingston et al. (2018).	Reflexión sobre el camuflaje. Críticas sobre aspectos metodológicos diagnósticos	La importancia de revisar la actual valoración del diagnóstico autismo
McQuaid, G. A., Lee, N. R., & Wallace, G. L. (2022).	<i>Journal of Research and Practice</i> , 26(2), 552–559.	Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing.	N=502 (Hombres, Mujeres, Diversidad de género) Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q)	Las mujeres TEA y con diversidad de género puntúan más alto en el cuestionario. Aquellos participantes con un TEA diagnosticado más tarde presentan más camuflaje que los diagnosticados de forma temprana.

Milner, V., Mandy, W., Happé, F., & Colvert, E. (2023).	<i>Autism</i> , 27(2).	Sex differences in predictors and outcomes of camouflaging: Comparing diagnosed autistic, high autistic trait and low autistic trait young adults.	(n = 78) participantes con TEA (n = 177) con rasgos autistas no diagnosticados (n = 180) sin rasgos autistas Escala: Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q)	Hay más camuflaje en el grupo de mujeres con diagnóstico de TEA. La soledad fue un factor clave de camuflaje en el grupo autista.
Pearson, A., & Rose, K. (2021).	<i>Autism in Adulthood: Challenges and Management</i> , 3(1), 52–60.	A Conceptual Analysis of Autistic Masking: Understanding the Narrative of Stigma and the Illusion of Choice	Análisis conceptual	La importancia de mirar el autismo con la visión del camuflaje con una visión de desarrollo social.
Riccio, A., Kapp, S. K., Jordan, A., Dorelien, A. M., & Gillespie-Lynch, K. (2021).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 25(2), 374–388.	How is autistic identity in adolescence influenced by parental disclosure decisions and perceptions of autism?	19 adolescentes con TEA Análisis de la conversación padres-hijos sobre autismo	Aquellas familias en las que se conversaba más sobre el autismo tenían una vivencia más positiva sobre el mismo.
Tubío-Fungueiriño, M., Cruz, S., Sampaio, A., Carracedo, A., & Fernández-Prieto, M. (2021).	<i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 51(7).	Social Camouflaging in Females with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review.	Revisión sistemática de 13 artículos	Las mujeres utilizan más el camuflaje y esta conducta puede afectar a su salud mental

TEA: Trastorno del espectro del autismo

CAT-Q: "Camouflaging autistic traits questionnaire"

Identidad de género y disforia de género

La [tabla 2](#) muestra los 10 artículos revisados sobre este aspecto. Así, los pacientes con TEA presentan mayor prevalencia de DG (20–24,42,43). Se estima que ésta ocurre en 1:10.000 a 1:20.000 en hombres y 1:30.000 a 1:50.000 en mujeres (44), mientras que la prevalencia de DG en TEA podría llegar a 60:10.000 (45). El diagnóstico TEA no excluye el diagnóstico de DG. El concepto de DG ha sido introducido en el DSM-5 y hace referencia al malestar que puede acompañar la incongruencia entre el género experimentado y el género asignado. La asociación entre la DG y el autismo es tan frecuente, que algunos autores señalan la importancia que pueda tener la búsqueda de autismos o rasgos autísticos no diagnosticados en la población con DG (46). Entre las hipótesis explicativas de esta coocurrencia encontramos las basadas en los estudios sobre la conciencia sexual (24,47). La conciencia sexual presenta diferentes aspectos relevantes como son la

atención sobre signos propios de excitación sexual, la comodidad con el cuerpo de uno mismo como organismo sexualmente activo y la valoración del atractivo sexual que se despierta en el otro. En el TEA estos aspectos pueden verse afectados en varios ámbitos sobre todo en la aceptación y comprensión de las propias sensaciones corporales, en la comprensión de lo que se despierta en uno mismo, y todavía más difícil, entender qué puede despertarse en el otro; y todo esto en un momento de cambio físico veloz, con más vello corporal, cambio en el olor corporal, cambio del timbre de voz, menstruación, erecciones... Un gran "shock sensorial", muy difícil de procesar en un adolescente TEA. Las alteraciones perceptivas que comprenden hipersensibilidad sensorial, hiposensibilidad sensorial, interés por experiencias sensoriales y rechazo a determinadas experiencias sensoriales, todas pueden verse acentuadas o alteradas en la adolescencia (48).

La falta de pareja y de relaciones íntimas suele ocurrir en los jóvenes con TEA. La asexualidad se

define como la falta de atracción sexual del género que sea. Algunos autores encuentran que los TEA se definen más como asexuales (49), posiblemente relacionado con los déficits en la interacción social y comunicación, pero también como un refugio en la excesiva sobreestimulación que supone la adolescencia. También hay estudios que describen hipersexualidad y parafilias (50). Las chicas con TEA tienen tres veces más probabilidad de ser víctimas de agresiones sexuales (51).

Otros autores hipotetizan la importancia del trastorno obsesivo-compulsivo y la rigidez como factor de enlace entre el TEA y la DG (52); así la rigidez en la asunción de roles de género difusos conlleva una angustia que se resuelve buscando una congruencia que les conduce a la DG (53). La teoría del status de identidad establece que está determinada por las elecciones y compromisos realizados. Se han sugerido al menos dos procesos en el desarrollo de la identidad: la exploración y el compromiso; la exploración se refiere a un período reflexivo probando varios roles; mientras que el compromiso tiene que ver con la identificación expresada en el curso de una acción o creencia (54). Los TEA presentan dificultades en la identificación de las percepciones propias y además presentan menor autoestima, se dan cuenta de que son diferentes y los elementos de intolerancia son corporales, sexuales y de género (20,44). Los estereotipos de género podrían ser más potentes y la identificación más prototípica. En los estudios que relatan la experiencia vivida por los autistas con diversidad de género aparece como tema fundamental una falta de comprensión de la propia identidad (55).

La sexualidad añade una dificultad en la ecuación relacional. Los pacientes con TEA y DG necesitan de un apoyo específico (43,56) con espacio, tiempo y personal que se rija por la sensibilidad en diversidad de género, pero también en el conocimiento del autismo, proponiendo incluir adaptaciones arquitectónicas como baños neutrales y espacios de poca estimulación sensorial. Los programas de

entrenamiento psicosexual tipo “*Tackling Teenage Training*” (56–58) son interesantes para trabajar conceptos como la pubertad, el aspecto, la primera impresión, nombrar las partes del cuerpo, reconocer cambios puberales, amistades, amor, sexualidad segura, establecer límites, entender el concepto de parejas abusivas, uso seguro de internet, la relación sexual y el embarazo.

Abuso de alcohol y TEA

La [tabla 3](#) muestra los estudios seleccionados sobre consumo de alcohol y TEA se describen las características principales. El abuso de alcohol es una complicación del TEA adolescente y adulto, se impregna de las características inherentes al trastorno. Los estudios de prevalencia de abuso de alcohol en adultos con TEA indican un patrón parecido, con unos resultados en forma de U (59), de manera que el número de abstemios es mayor que en la población general, pero, entre los que beben hay un grupo de gran abuso y descontrol (60). El consumo de tóxicos, como el camuflaje, puede ser otro mecanismo compensatorio. Vivimos en una sociedad en la que el alcohol forma parte de cualquier celebración social, los jóvenes con TEA el alcohol lo podrían utilizar como “lubricante social” y ansiolítico. Además, los TEA presentan alta comorbilidad con trastornos ligados al abuso-dependencia de alcohol como los cuadros afectivos y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad así como acontecimientos vitales asociados, como ser víctimas de acoso, de marginación social y de desempleo. El riesgo de abuso de alcohol en los TEA que prueban el alcohol es más alto que en la población general (17,60).

Tabla 2. Descripción de los artículos revisados sobre identidad de género y sexualidad, listados por orden alfabético del primer autor.

Autor	Revista	Título	Metodología	Resultados
Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. J. (2018).	<i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> , 48(12), 3995–4006.	Gender Identity in Autism: Sex Differences in Social Affiliation with Gender Groups.	TEA mujeres, TEA hombres Grupo Control 480. Entrevista sobre la identidad de género	Peor identificación con el género biológico en el grupo TEA.
Cooper, K., Butler, C., Russell, A., & Mandy, W. (2023).	<i>European Child & Adolescent Psychiatry</i> , 32(9), 1655–1666.	The lived experience of gender dysphoria in autistic young people: a phenomenological study with young people and their parents.	N=15 TEA con DG y sus familias Entrevista sobre la experiencia con la DG en jóvenes y en sus familias	Padres más preocupados por el TEA. Hijos más preocupados por la DG.
Cooper, K., Russell, A., Mandy, W., & Butler, C. (2020).	<i>Clinical Psychology Review</i> , 80, 101875.	The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis.	Revisión bibliográfica	Papel de la sociedad en la aceptación de la diversidad en el bienestar psíquico de los TEA con DG.
George, R., & Stokes, M. A. (2018). George, R., & Stokes, M. A. (2018).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 22(8), 970–982.	Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder.	Comparación TEA (N=209) y no TEA (N=361) y DG	Sobrerrepresentación de la DG en población TEA.
Hendriks, O., Wei, Y., Warrier, V., & Richards, G. (2022).	<i>Archives of Sexual Behavior</i> , 51(4), 2077–2089.	Autistic Traits, Empathizing-Systemizing, and Gender Diversity.	N=81 de asociaciones LGTBI	Estudio sobre orientación e identidad sexual. Más DG y diversidad sexual en el autismo.
Hervás, A., & Pont, C. (2020, March).	<i>Medicina (Buenos Aires)</i> .	Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista.	Artículo especial	Intervenciones para favorecer el desarrollo afectivo-sexual en los pacientes con un TEA.
Maggio, M. G., Calatozozzo, P., Cerasa, A., Pioggia, G., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2022).	<i>Brain Sciences</i> , 12(11).	Sex and Sexuality in Autism Spectrum Disorders: A Scoping Review on a Neglected but Fundamental Issue.	Revisión de 11 artículos	Importancia de la presencia de más DG en TEA y de los programas que incluyan educación sexual en el TEA.
Van der Miesen, A. I. R., Hurley, H., Bal, A. M., & de Vries, A. L. C. (2018).	<i>Archives of Sexual Behavior</i> , 47(8), 2307–2317.	Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder.	N=573 adolescentes con TEA N=807 adultos con TEA Muestra control de 1016 adolescentes y 846 adultos	Un porcentaje significativo de adolescentes y adultos con TEA presentaban más DG que la población general.
Warrier, V., Greenberg, D. M., Weir, E., Buckingham, C., Smith, P., Lai, M.-C., Allison, C., & Baron-Cohen, S. (2020).	<i>Nature Communications</i> , 11(1), 3959.	Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals.	N= 641,860 individuos	Se concluye que hay más TEA en los participantes trans y en aquellos con diversidad de género que en los cisgénero.

DG: Disforia de género; LGTBI: Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales y otros; TEA: Trastorno del espectro autista

Tabla 3. Descripción de los artículos revisados sobre el abuso de alcohol en el autismo, listados por orden alfabético del primer autor.

Autor	Revista	Título	Metodología	Resultados
Bowri, M., Hull, L., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2021).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 25(5), 1469–1480.	Demographic and psychological predictors of alcohol use and misuse in autistic adults.	N=237 adultos con TEA Valoración abuso de alcohol	Se obtuvo una forma en U de los participantes. Aquellos no bebedores o con abuso de alcohol, presentaban más ansiedad, depresión y más rasgos autistas que los que bebían alcohol de manera más moderada.
Holmes, L. G., Xuan, Z., Quinn, E., Caplan, R., Sanchez, A., Wharmby, P., Holingue, C., Levy, S., & Rothman, E. F. (2023).	<i>Journal of Autism and Developmental Disorders</i> .	Patterns Among Underage Autistic and Non-Autistic Youth.	N=94 participantes con TEA N=92 sin TEA Entrevista sobre abuso de alcohol y patrón de consumo	15% del grupo TEA refirió abuso de alcohol. Aducían más por razones afectivas (tranquilización) que pro-sociales.
Rothman, E. F., Graham Holmes, L., Brooks, D., Krauss, S., & Caplan, R. (2023).	<i>Autism: The International Journal of Research and Practice</i> , 27(1), 213–225.	Reasons for alcohol use and non-use by underage U.S. autistic youth: A qualitative study.	N=40 participantes con TEA Se exploran las razones para beber	El efecto tranquilizante como razón principal de la ingesta.

TEA: Trastorno del espectro autista

DISCUSIÓN

En esta revisión realizada para mejorar el diagnóstico y abordaje de los TEA en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, se puede observar que si bien es cierto que muchos TEA presentan aislamiento social y la labor de los profesionales es la de favorecer la integración social; otros TEA son buscadores y usuarios de la diversidad de oportunidades más o menos saludables que cada sociedad ofrece en la construcción identitaria. La imagen que los individuos tienen de sí mismos en relación con el mundo físico y social que les rodea viene otorgada en parte por la pertenencia a ciertos grupos o categorías sociales; así, el autoconcepto de un individuo (especialmente en la adolescencia) estaría en parte conformado por su identidad social (26). Cuando el adolescente con TEA, como cualquier otro adolescente, utiliza mecanismos de encaje social, entonces, el profesional ha de comprender su existencia, el efecto que tienen en la expresión fenotípica y, sobre todo, cuándo son beneficiosos o perjudiciales.

En el caso de los pacientes con TEA debemos detectar las conductas de camuflaje, como indicador diagnóstico (fenotipo femenino del autismo) y como brecha en la que intervenir psicoterapéuticamente. El camuflaje, técnica utilizada para conectar y asimilarse socialmente (13) puede agotar, conviene detectarlo, ya que un uso exagerado se asocia a clínica depresiva e ideación autolítica (16,39) y entonces, se debe tratar favoreciendo espacios libres de camuflaje.

Los pacientes con TEA pueden presentar DG con más frecuencia que la población general, la ayuda clínica adquiere el saber mixto de aspectos relacionados con la DG y con el autismo.

Los estudios epidemiológicos más extensos y rigurosos desmienten la idea previa de que el riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias en los TEA es sólo debido a la comorbilidad psiquiátrica; en los TEA hay un mayor riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias (48).

El autoconcepto está conformado en gran parte por la identidad social, que modifica y moldea los aspectos individuales de cada persona. Los TEA buscan esa identidad social, y precisamente, al presentar herramientas sociales frágiles, es decir,

54

una deficitaria cognición social, las posibilidades de sufrir por encajar es mayor. El abuso de alcohol puede funcionar como otro “camuflaje social”. Es importante, como terapeutas, implementar espacios libres de camuflaje y permitir la expresión emocional. Es imperativo conocer estos mecanismos como clínicos y ciudadanos en un mundo con neurodiversidad.

La dificultad a la que se enfrenta el adolescente con TEA se debe al déficit en herramientas de socialización, que se complica con las dificultades a nivel formativo (frecuente asociación de problemas de aprendizaje y disminución de recursos para enfrentar cambios, estrés, modificación de rutinas...), a nivel deportivo-cultural (intereses muchas veces no compartidos y dificultades en la habilidad motriz) y a nivel de dinámicas sociofamiliares patológicas derivadas. El diagnóstico de TEA no excluye el diagnóstico de DG. Es positivo la colaboración de equipos expertos en ambos aspectos. El adolescente TEA puede enfrentarse al tránsito hacia la etapa adulta mediante diferentes derivas que debemos detectar: comportamientos de camuflaje, las conductas adictivas que incluyen el abuso de alcohol o la identificación con roles estereotipados y bien definidos que ayudan a sostenerse en la crisis hacia la etapa adulta.

CONCLUSIONES

Es importante conocer los mecanismos de compensación social y camuflaje e intervenir para acompañar y prevenir complicaciones como la conducta autolesiva o la adicción a tóxicos. El diagnóstico de TEA no excluye el diagnóstico de DG. Es positivo la colaboración de equipos expertos en ambos aspectos, así como la adecuada comprensión y abordaje de estos pacientes en el tránsito a la etapa adulta, comprendiendo y apoyando el esfuerzo por integrarse socialmente. Aconsejamos realizar screening sobre uso/abuso de alcohol, conductas de camuflaje y explorar la diversidad en aspectos de sexualidad e identidad. Con la conclusión de que la asunción de la neurodiversidad mejora el pronóstico.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. CBS Publishers. 2013.
2. World Health Report. Autism. 2023.
3. Zeidan J, Fombonne E, Scolah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022 May;15(5): 778-90.2 <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
4. Hervás A. Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (B Aires).* 2022;82: 37-42.
5. Ruggieri V. El autismo a lo largo de la vida. *Medicina (Buenos Aires).* 2022;82: 2-6.
6. Øverland E, Hauge ÅL, Orm S, Pellicano E, Øie MG, Skogli EW, et al. Exploring life with autism: Quality of Life, daily functioning and compensatory strategies from childhood to emerging adulthood: A qualitative study protocol. *Front Psychiatry.* 2022;13: 1058601. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1058601>
7. Bargiela S, Steward R, Mandy W. The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype. *J Autism Dev Disord.* 2016 Oct;46(10): 3281-94. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
8. Parish-Morris J, Liberman MY, Cieri C, Herrington JD, Yerys BE, Bateman L, et al. Linguistic camouflage in girls with autism spectrum disorder. *Mol Autism.* 2017;8(1). <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0164-6>
9. Fombonne E. Camouflage and autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2020 Jul 13;61(7): 735-8.
10. Hull L, Lai MC, Baron-Cohen S, Allison C, Smith P, Petrides K, et al. Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults. *Autism.* 2020 Feb 18;24(2): 352-63. <https://doi.org/10.1177/1362361319864804>
11. Alaghband-Rad J, Hajikarim-Hamedani A, Motamed M. Camouflage and masking behavior in adult autism. *Front Psychiatry.* 2023;14: 1108110. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1108110>

12. Milner V, Mandy W, Happé F, Colvert E. Sex differences in predictors and outcomes of camouflaging: Comparing diagnosed autistic, high autistic trait and low autistic trait young adults. *Autism*. 2023;27(2).
<https://doi.org/10.1177/13623613221098240>
13. Hus Y, Segal O. Challenges Surrounding the Diagnosis of Autism in Children. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021;17:3509–29.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S282569>
14. Rynkiewicz A, Janas-Kozik M, Słopień A. Girls and women with autism. *Psychiatr Pol*. 2019 Aug 31;53(4): 737-52.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098>
15. Rynkiewicz A, Schuller B, Marchi E, Piana S, Camurri A, Lassalle A, et al. An investigation of the “female camouflage effect” in autism using a computerized ADOS-2 and a test of sex/gender differences. *Mol Autism*. 2016;7(1).
<https://doi.org/10.1186/s13229-016-0073-0>
16. Adhia A, Bair-Merritt M, Broder-Fingert S, Nunez Pepen RA, Suarez-Rocha AC, Rothman EF. The Critical Lack of Data on Alcohol and Marijuana Use by Adolescents on the Autism Spectrum. *Autism Adulthood*. 2020 Dec 1;2(4): 282-8. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0051>
17. Butwicka A, Långström N, Larsson H, Lundström S, Serlachius E, Almqvist C, et al. Increased Risk for Substance Use-Related Problems in Autism Spectrum Disorders: A Population-Based Cohort Study. *J Autism Dev Disord*. 2017 Jan 12;47(1): 80-9. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2914-2>
18. Bouzy J, Brunelle J, Cohen D, Condat A. Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2023 May;323: 115176.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115176>
19. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez-Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Clinical practice guidelines for transsexual, transgender and gender diverse minors. *Anales de Pediatría (English Edition)*. 2022 Apr;96(4): 349.e1-349.e11.
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.02.002>
20. Cooper K, Russell A, Mandy W, Butler C. The phenomenology of gender dysphoria in adults: A systematic review and meta-synthesis. *Clin Psychol Rev*. 2020 Aug;80: 101875.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101875>
21. Van Schalkwyk GI, Klingensmith K, Volkmar FR. Gender identity and autism spectrum disorders. *Yale J Biol Med*. 2015 Mar;88(1): 81-3.
22. Van der Miesen AIR, Hurley H, Bal AM, de Vries ALC. Prevalence of the Wish to be of the Opposite Gender in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *Arch Sex Behav*. 2018 Nov;47(8): 2307-17.
<https://doi.org/10.1007/s10508-018-1218-3>
23. Kallitsounaki A, Williams DM. Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria/Incongruence. A systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Autism Dev Disord*. 2023 Aug;53(8): 3103-17.
<https://doi.org/10.1007/s10803-022-05517-y>
24. Hendriks O, Wei Y, Warriar V, Richards G. Autistic Traits, Empathizing-Systemizing, and Gender Diversity. *Arch Sex Behav*. 2022 May;51(4): 2077-89.
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02251-x>
25. Erikson E. Identity and the life cycle. New York: IUP. 1959.
26. Tajfel H. Social identity and intergroup behaviour. *Soc.sci.inform*. 1974; 65-93.
27. Livingston LA, Happé F. Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Sep;80:729-42.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.06.005>
28. Hull L, Mandy W, Lai MC, Baron-Cohen S, Allison C, Smith P, et al. Development and Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q). *J Autism Dev Disord*. 2019 Mar 25;49(3): 819-33.
<https://doi.org/10.1007/s10803-018-3792-6>
29. Livingston LA, Shah P, Milner V, Happé F. Quantifying compensatory strategies in adults with and without diagnosed autism. *Mol Autism*. 2020 Dec 12;11(1): 15.
<https://doi.org/10.1186/s13229-019-0308-y>
30. Bach B, Vestergaard M. Differential Diagnosis of ICD-11 Personality Disorder and Autism Spectrum Disorder in Adolescents. *Children*. 2023 Jun 1;10(6): 992.
<https://doi.org/10.3390/children10060992>

31. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E, Jenson WR, Miller J, Gardner M, et al. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Res.* 2009 Apr;2(2): 109-18. <https://doi.org/10.1002/aur.69>
32. Reynoso C, Rangel M, Melgar V. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(2): 214-22.
33. Tierney S, Burns J, Kilbey E. Looking behind the mask: Social coping strategies of girls on the autistic spectrum. *Res Autism Spectr Disord.* 2016 Mar;23: 73–83. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.11.013>
34. Milner V, Mandy W, Happé F, Colvert E. Sex differences in predictors and outcomes of camouflaging: Comparing diagnosed autistic, high autistic trait and low autistic trait young adults. *Autism.* 2023 Feb;27(2): 402-14. <https://doi.org/10.1177/13623613221098240>
35. Hull L, Petrides K V., Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord.* 2017;47(8). <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
36. McQuaid GA, Lee NR, Wallace GL. Camouflaging in autism spectrum disorder: Examining the roles of sex, gender identity, and diagnostic timing. *Autism.* 2022 Feb;26(2): 552-9. <https://doi.org/10.1177/136236132111042131>
37. Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S, Cassidy S. Autistic Adults’ Experiences of Camouflaging and Its Perceived Impact on Mental Health. *Autism Adulthood.* 2021 Dec 1;3(4): 320-9. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0071>
38. O’Loughlen JJ, Lang CP. High Autistic Traits or Low Social Competence? Correlates of Social Camouflaging in Non-Autistic Adults. *Autism in Adulthood.* 2024;6(1). <https://doi.org/10.1089/aut.2022.0094>
39. Maitland CA, Rhodes S, O’Hare A, Stewart ME. Social identities and mental well-being in autistic adults. *Autism.* 2021 Aug;25(6): 1771-83. <https://doi.org/10.1177/13623613211004328>
40. Riccio A, Kapp SK, Jordan A, Dorelien AM, Gillespie-Lynch K. How is autistic identity in adolescence influenced by parental disclosure decisions and perceptions of autism? *Autism.* 2021 Feb;25(2): 374-88. <https://doi.org/10.1177/1362361320958214>
41. Wantzen P, Boursette A, Zante E, Mioche J, Eustache F, Guénolé F, et al. Autobiographical Memory and Social Identity in Autism: Preliminary Results of Social Positioning and Cognitive Intervention. *Front Psychol.* 2021;12: 641765. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641765>
42. George R, Stokes MA. Gender identity and sexual orientation in autism spectrum disorder. *Autism.* 2018 Nov;22(8): 970-82. <https://doi.org/10.1177/1362361317714587>
43. Bouzy J, Brunelle J, Cohen D, Condat A. Transidentities and autism spectrum disorder: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2023 May;323: 115176. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115176>
44. Zucker KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sex Health.* 2017 Oct;14(5): 404-11. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
45. Fombonne E, Quirke S, Hagen A. Prevalence and interpretation of recent trends in rates of pervasive developmental disorders. *McGill J Med.* 2009 Nov 16;12(2): 73.
46. Warrier V, Greenberg DM, Weir E, Buckingham C, Smith P, Lai MC, et al. Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals. *Nat Commun.* 2020 Aug 7;11(1): 3959. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-17794-1>
47. Snell W, Terri D, Miller R. Development of the Sexual awareness questionnaire: components, reliability and validity. *AnnSex Res.* 1991;4: 62-9.
48. Ben-Sasson A, Gal E, Fluss R, Katz-Zetler N, Cermak SA. Update of a Meta-analysis of Sensory Symptoms in ASD: A New Decade of Research. *J Autism Dev Disord.* 2019 Dec;49(12): 4974-96. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04180-0>

49. Bush HH, Williams LW, Mendes E. Brief Report: Asexuality and Young Women on the Autism Spectrum. *J Autism Dev Disord.* 2021 Feb;51(2): 725-33.
<https://doi.org/10.1007/s10803-020-04565-6>
50. Schöttle D, Briken P, Tüscher O, Turner D. Sexuality in autism: hypersexual and paraphilic behavior in women and men with high-functioning autism spectrum disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017 Dec;19(4): 381-93. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.4/dschoettle>
51. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019 May;60(5): 576-84.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12993>
52. Guastello AD, Lieneman C, Bailey B, Munson M, Barthle-Herrera M, Higham M, et al. Case report: Co-occurring autism spectrum disorder (Level One) and obsessive-compulsive disorder in a gender-diverse adolescent. *Front Psychiatry.* 2023;14: 1072645.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1072645>
53. Jacobs LA, Rachlin K, Erickson-Schroth L, Janssen A. Gender Dysphoria and Co-Occurring Autism Spectrum Disorders: Review, Case Examples, and Treatment Considerations. *LGBT Health.* 2014 Dec;1(4):277-82.
<https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0045>
54. Cresswell L, Cage E. 'Who Am I?': An Exploratory Study of the Relationships Between Identity, Acculturation and Mental Health in Autistic Adolescents. *J Autism Dev Disord.* 2019 Jul 19;49(7): 2901-12.
<https://doi.org/10.1007/s10803-019-04016-x>
55. Cooper K, Butler C, Russell A, Lei J, Smith, LG. The lived experience of gender dysphoria in autistic young people: a phenomenological study with young people and their parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Sep 4;32(9): 1655-66.
<https://doi.org/10.1177/13623613221118351>
56. Dekker LP, van der Vegt EJM, Visser K, Tick N, Boudesteijn F, Verhulst FC, et al. Improving Psychosexual Knowledge in Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Pilot of the Tackling Teenage Training Program. *J Autism Dev Disord.* 2015 Jun 16;45(6): 1532-40.
<https://doi.org/10.1007/s10803-014-2301-9>
57. Visser K, Greaves-Lord K, Tick NT, Verhulst FC, Maras A, van der Vegt EJM. A randomized controlled trial to examine the effects of the Tackling Teenage psychosexual training program for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2017 Jul 9;58(7): 840-50.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12709>
58. Hervás A, Pont C. Desarrollo afectivo-sexual en las personas con trastornos del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires).* 2020 Mar;80(s2): 7-11.
59. Bowri M, Hull L, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai MC, et al. Demographic and psychological predictors of alcohol use and misuse in autistic adults. *Autism.* 2021 Jul;25(5): 1469-80. <https://doi.org/10.1177/1362361321992668>
60. Rothman EF, Graham Holmes L, Brooks D, Krauss S, Caplan R. Reasons for alcohol use and non-use by underage U.S. autistic youth: A qualitative study. *Autism.* 2023 Jan;27(1): 213-25.
<https://doi.org/10.1177/13623613221091319>

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* considerará para publicación el envío de manuscritos para las siguientes Secciones: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves y Cartas al Director. Todos los manuscritos recibidos son revisados previamente a través del sistema Similarity Check de Crossref.

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

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

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

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

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

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

- a) Título original (en español e inglés).
- b) Inicial del nombre y apellidos del autor/autores.

- c) Nombre del Centro de trabajo. Población. País
- d) Dirección del primer firmante y del autor al que se deba dirigir la correspondencia (incluyendo una dirección de correo electrónico institucional).
- e) Número ORCID de todos los autores (La información básica de los autores debe ser accesible en la página de ORCID.org)
- f) Si el trabajo ha sido realizado con financiación, debe incluirse el origen y código proporcionado por la entidad financiadora.
- g) Si una parte o los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en reuniones, congresos o simposios, debe indicarse su nombre, ciudad y fecha, y deberá remitirse con el manuscrito el trabajo presentado, para certificar que el original contiene datos diferentes o resultados ampliados de los de la comunicación.
- h) Las contribuciones de cada autor al manuscrito.

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

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

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

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

Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Se recomienda el uso de la nomenclatura basada en neurociencia ([Neuroscience-based Nomenclature, NbN-2](#)) para referirse a los fármacos.

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

Los instrumentos de evaluación deben ser identificados por su nombre original, el traducido al

español si existiera, su/s autor/es, año, e indicaciones sobre cómo obtenerlo (editorial, web de origen, etc.) y deberá incluirse la referencia correspondiente.

Los manuscritos pueden ser enviados para cualquiera de las Secciones de la Revista: Artículos Originales, Artículos de Revisión, Casos Clínicos, Comentarios Breves, Cartas al Director y Notas Bibliográficas. No obstante, será el Comité Editorial quien tomará la decisión definitiva respecto a la Sección correspondiente a cada manuscrito.

Los manuscritos aceptados quedarán como propiedad permanente de la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. Todos los manuscritos deben ser inéditos, y no se aceptarán trabajos publicados en otra revista. Los autores autorizan a que se publiquen los manuscritos con licencia Creative Commons CC-BY-NC-ND 4.0. Si en algún artículo hubiera interés o fin comercial, se cederían los derechos a la *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* y la AEPNyA.

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

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

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

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

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

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

Esta es una revista que sigue un proceso de *revisión por pares* para la aceptación de manuscritos. Para favorecer la imparcialidad se requiere que el nombre de los autores y la filiación estén separados del resto del manuscrito, como se ha explicado previamente. El manuscrito será inicialmente examinado por el Comité Editorial, y si se considera susceptible de aceptación lo revisará y/o lo remitirá, de considerarse necesario, a al menos dos revisores externos considerados expertos en el tema. El Comité Editorial, directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de los 7 días siguientes a su recepción. De no recibirse correcciones de las galeras por parte de los autores en este plazo (o una notificación de la necesidad de ampliarlo por razones justificadas), se entenderá que dichas pruebas se aceptan como definitivas.

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. SECCIONES ESPECIALES

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

7. AGENDA

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

8. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

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

9. PERSPECTIVA CLÍNICA

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

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (*PEER REVIEW*)

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

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

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

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

ARTÍCULO ORIGINAL

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

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

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

ARTÍCULO DE REVISIÓN

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

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

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

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

CASO CLÍNICO

Se considerarán tales los originales con tamaño muestral limitado, o que describan casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la enfermedad, o que revisen brevemente aspectos concretos de interés para los contenidos de la Revista.

Los trabajos publicados como Casos Clínicos tendrán una extensión máxima de 10 folios, pudiendo contener una o dos figuras y/o tablas y hasta 10 citas bibliográficas. Se estructurarán bajo la siguiente secuencia:

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

PERSPECTIVA CLÍNICA

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

66

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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