

S
U
M
A
R
I
O

EDITORIAL

Los retos del TDAH

José Angel Alda Díez 1

ARTÍCULO ORIGINAL

TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada

M. Vázquez Sánchez, S. Castejón Ramírez, M. Alcón Grases, E. Pitarch Roca, C. Fernández Lozano, M. López Campos 3

Estilos de apego y perfil de dificultades en la regulación emocional en una muestra de adolescentes femeninas (16-19 años)

P. Alcindor-Huelva, A. Delgado Campos, F. J. Izquierdo Morejón, M. Faya Barrios 10

Análisis del programa ARSUIC en la población infanto-juvenil del Hospital Universitario Infanta Cristina

Iria Bello, Ana Conseglieri, Carmen Suárez, Cristina del Álamo, María Auxiliadora Molina 25

PERSPECTIVA CLÍNICA

Trastornos del espectro del autismo y condiciones psiquiátricas co-ocurrentes

C. Nieto..... 31

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 34

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2022;39(1)

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (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](https://creativecommons.org/licenses/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

Director

Inmaculada Baeza

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

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Universidad Complutense de Madrid.

César Soutullo

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

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

José Salavert

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

Pedro Manuel Ruíz

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, 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 DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE (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

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

La Coruña, España.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

José Angel Alda Díez 

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil, Hospital
Sant Joan de Déu de Esplugues de Llobregat, Barcelona.

DOI: [10.31766/revpsij.v39n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n1a1)

Correo electrónico: jalda@sjdhospitalbarcelona.org

Los retos del TDAH

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo que con más frecuencia atendemos en las consultas de salud mental infanto-juvenil. Los problemas aparecen antes de los 12 años y se caracterizan por dos síntomas nucleares, la falta de atención y la hiperactividad/impulsividad que se observan en dos o más ambientes (casa, escuela, etc.). La hiperactividad/impulsividad suele ser evidente pero la falta de atención puede pasar desapercibida durante años, y su identificación temprana es un reto para los clínicos.

En el 2007 recibí el encargo de coordinar la primera Guía de Práctica Clínica sobre TDAH en España. Después de un arduo trabajo y de la colaboración desinteresada de muchos especialistas, a los que desde aquí quiero darles las gracias, vio la luz en el 2010. (1). Su objetivo era revisar la evidencia disponible hasta la fecha dando las mejores recomendaciones a los clínicos en el diagnóstico y tratamiento del TDAH, que como he comentado al inicio, es un problema de salud con una alta prevalencia, pero donde la identificación y el manejo era muy dispar en función del código postal del paciente. Como se puede observar por los resultados del artículo de Vázquez y cols. de este número, en función del centro de primaria, la derivación a la especializada varía desde el 44% de los casos atendidos por presentar un TDAH al 0%.

En estos años, se ha mejorado de forma muy importante la atención y el tratamiento a los pacientes que presentan un TDAH en España, pero seguimos teniendo retos por delante.

El primero sería el poder realizar un diagnóstico precoz, adecuado, de calidad y universal en todo el territorio. Como en todo trastorno la identificación temprana y el inicio del tratamiento de forma correcta evitarán complicaciones futuras como son el abandono precoz de los estudios, el bajo nivel educativo en relación con sus capacidades cognitivas, la mayor frecuencia de accidentes, de consumo de tóxicos, de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (2). Sin embargo, no disponemos en estos momentos de marcadores de diagnóstico y pronóstico. El diagnóstico clínico de TDAH, depende de la experiencia del profesional sanitario que visita al paciente, que sea capaz de identificar tanto el TDAH, como las comorbilidades, que están presentes en hasta el 85% de los casos (3).

La guía NICE hacía un especial énfasis en identificar los grupos más vulnerables o donde habría que hacer un mayor esfuerzo de identificación: prematuros, sexo femenino, traumas de todo tipo, pacientes institucionalizados. No quiero olvidarme de los pacientes adultos, muchos de ellos diagnosticados en la red infantil y juvenil pero que al pasar a adultos se les niega la existencia del trastorno y se les impide acceder a los tratamientos disponibles que hasta los 18 años les habían funcionado. La administración debe entender que estamos ante una patología crónica cuya presentación y necesidades de tratamiento varía en función de la edad del paciente y de los trastornos asociados que presenta, y que se debe garantizar una continuidad de cuidados que hoy por hoy no se produce.







Otro de los grandes retos es disponer de tratamientos eficaces y bien tolerados, que minimicen los abandonos o la toma errática del fármaco por efectos indeseables. Es importante dar información veraz y de calidad al paciente y a sus familias sobre los diversos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que incluya los efectos secundarios y su manejo más adecuado.

Otro problema es quién debería realizar el diagnóstico y el seguimiento de estos pacientes. Vivimos una escasez de profesionales sanitarios, como ha dejado de manifiesto la pandemia de la COVID-19, que según las previsiones se verá agravada en los próximos años. En el mundo ideal, el diagnóstico podría realizarse en unidades especializadas en la infancia y la adolescencia y el seguimiento de los casos no complicados realizarlo la atención primaria y los orientadores escolares, tratando la especializada sólo los casos más graves, por la existencia de comorbilidades, mala respuesta al tratamiento, o por una alta vulnerabilidad. Así, obtendríamos una adecuada tasa de diagnóstico evitando el infra o sobrediagnóstico. Como pone de manifiesto el artículo publicado (Vázquez y cols.) la prevalencia obtenida en una muestra de atención primaria es inferior al resto de los países de nuestro entorno. Por mi experiencia creo que no llegamos a identificar a todos los casos, y en algunas ocasiones las niñas inatentas nos llegan muy tarde, pero también tenemos pacientes que no cumplirían criterios de TDAH y que, sin embargo, están recibiendo tratamiento psicoestimulante.

Tratar el TDAH es relativamente fácil, pero tratarlo bien es bastante más difícil y requiere de la participación de diversos agentes, lo que implica un mayor esfuerzo por parte de todos. En los últimos años se ha avanzado mucho en el tratamiento integral del TDAH, pero queda camino por recorrer.

REFERENCIAS

1. Grupo de trabajo de la GPC. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes Catalunya: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.
2. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Attention deficit hyperactivity disorder (update) [D] Evidence review for safety of pharmacological treatment (NG87): National Institute for Health and Care Excellence/National Guideline Centre; 2018.
3. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, March JS, Arnold LE, Cantwell DP, Conners CK, Elliott GR, Greenhill LL, Hechtman L, Hoza B, Pelham WE, Severe JB, Swanson JM, Wells KC, Wigal T, Vitiello B. Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001; 40(2): 147-58.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>

M. Vázquez Sánchez ^{1*} 
S. Castejón Ramírez ¹ 
M. Alcón Grases ¹ 
E. Pitarch Roca ¹ 
C. Fernández Lozano ² 
M. López Campos ³ 

1. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
2. Hospital General de la Defensa, Zaragoza.
3. Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

María Vázquez Sánchez
Correo electrónico: mvazquez sanc@gmail.com

TDAH en atención primaria: prevalencia y derivación a atención especializada

ADHD in primary care: prevalence and referral to specialized care

RESUMEN

Introducción: El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por falta de atención, hiperactividad y/o impulsividad. **Objetivos:** Analizar la prevalencia de TDAH en edad pediátrica en un Sector de Salud de Zaragoza. Valorar tanto el diagnóstico y tratamiento desde Atención Primaria, como su derivación a Atención Especializada. Estudiar las posibles diferencias de prevalencia entre Centros de Salud urbanos y rurales, así como en función del nivel socioeconómico o de la inmigración. **Material y métodos:** Estudio de prevalencia de TDAH en edad pediátrica en los Centros de un Sector de Salud de Zaragoza, a fecha de mayo de 2020. Análisis descriptivo en función de variables como sexo, edad de diagnóstico, derivación o no a Atención Especializada, Centro de Salud, nivel de renta, tipo de población e inmigración. **Resultados y conclusiones:** Se estudiaron 1012 pacientes con TDAH, de los cuales un 68,5% eran varones y un 31,5% mujeres, con una edad media al diagnóstico de $7,46 \pm 2,512$ años. Un 24,4% (N=247) fueron derivados a Salud Mental, encontrando diferencias significativas entre Centros. La prevalencia de TDAH resultó de 3,35%, inferior a la descrita en otras series. No se objetivaron diferencias significativas de prevalencia según nivel

ABSTRACT

Background: ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by inattention, hyperactivity and / or impulsivity. **Objectives:** To analyze the prevalence of ADHD in pediatric age in a Health Sector in Zaragoza, and to assess diagnosis and treatment from Primary Care, as well as referral to Specialized Care. To study the potential differences in prevalence rates between urban and rural Health Centers, and in socioeconomic or immigration levels. **Material and methods:** Study of the prevalence of ADHD in the pediatric age group at the Health Centers of a particular Health Sector in Zaragoza, as of May 2020. Descriptive analysis based on variables such as sex, age of diagnosis, referral or not to Specialized Care, Health Center, income level, type of population and immigration status. **Results and conclusions:** 1012 ADHD patients were studied, 68.5% of whom were male and 31.5% female, with a mean age at diagnosis of 7.46 ± 2.512 years. 24.4% (N = 247) were referred to Mental Health, finding significant differences between Centers. The prevalence of ADHD was 3.35%, therefore lower than that described in other series. There were no significant differences in prevalence according to socioeconomic level, type

socioeconómico, tipo de población ni porcentaje de inmigración. La tasa de derivación a Atención Especializada en población urbana fue superior, al igual que la edad de diagnóstico en inmigrantes.

Palabras clave: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Trastornos de la Conducta Infantil, epidemiología, prevalencia, Salud Mental, Atención Primaria de Salud.

of population, or percentage of immigration. The referral rate to Mental Health in urban population was higher, as well as the age of diagnosis in immigrants.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Child Behavior Disorders, epidemiology, prevalence, Mental Health, Primary Care Health.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que se basa en la alteración de la función ejecutiva cerebral. Los pacientes afectados pueden presentar dificultades para el control de impulsos y de comportamiento, para mantener la atención, organizar tareas etc. La sintomatología se manifiesta antes de los 12 años de edad e involucra dos o más ámbitos de la vida del paciente: colegio, familia, amistades, tiempo libre, etc. El trastorno queda clasificado bajo diferentes entidades clínicas: predominantemente inatento, hiperactivo o impulsivo y el subtipo combinado, que recoge características de ambos (1, 2, 3).

Su etiología es multifactorial, incluyendo factores genéticos, sociales, dietéticos, ambientales, etc. Se han detectado varias áreas cerebrales relacionadas con la clínica, como son el córtex prefrontal dorsolateral, el córtex cingulado anterior dorsal, el córtex motor prefrontal y el córtex orbitofrontal (3, 4). Algunas hipótesis etiológicas hablan sobre el déficit de micronutrientes o la adherencia a diversas dietas, por el momento en estudio y sin evidencia científica (5).

En edad escolar se estima una prevalencia nacional del 4-7% aproximadamente, mientras que diversos estudios americanos apuntan a mayores tasas de prevalencia pediátrica en las últimas décadas (3, 6-11). El diagnóstico de esta patología es clínico y, a pesar de diagnosticarse por lo general en edad pediátrica, se trata de una patología crónica, por lo

que los rasgos descritos también pueden observarse en adultos (1, 3). Los criterios diagnósticos se recogen en el DSM-5 y/o en el CIE-11, aunque existen numerosas escalas adicionales para conocer los síntomas asociados a la enfermedad. Como consecuencia de los diferentes criterios diagnósticos a lo largo del tiempo, se ha generado gran controversia entre muchos autores acerca de la prevalencia real de la enfermedad. No obstante, parece claro que la prevalencia es significativamente superior en varones y que predomina el subtipo combinado (3, 6-12).

El manejo del TDAH es multidisciplinar, siendo la terapia farmacológica su pilar fundamental. El fármaco más frecuentemente empleado es el metilfenidato, aunque también encontramos otras posibilidades como la lisdexanfetamina, la atomoxetina y la guanfacina. Existen diferentes preparados farmacológicos, por lo que el tratamiento individualizado es indispensable con el objetivo de lograr el efecto y la duración deseados en cada paciente. El tratamiento farmacológico viene asociado a otras propuestas terapéuticas como el apoyo familiar, psicológico y psicopedagógico. La familia y los centros educativos deben formar parte activa del tratamiento del paciente (1, 3).

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia del TDAH en un Sector de Salud de Zaragoza y objetivar las posibles diferencias de prevalencia en función del tipo de población perteneciente a cada Centro. A su vez, se abordará el importante papel que ejerce el pediatra de Atención Primaria en la detección de posibles casos, el diagnóstico y la instauración de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es un estudio transversal o de prevalencia, de tipo descriptivo, en el que se recoge información acerca de los pacientes pediátricos diagnosticados de TDAH en un Sector de Salud de Zaragoza a fecha de 8 de mayo de 2020.

Se revisaron los casos de los pacientes diagnosticados a esa fecha en los 13 Centros de Salud que componían el Sector. Se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados con el CIAP p20 y p21 (hiperactividad, impulsividad y/o déficit de atención) en la base de datos OMI-AP (Programa informático utilizado en atención primaria SALUD Aragón). Se excluyeron aquellos con edad ≥ 16 años en dicha fecha y aquellos con una codificación incorrecta en el programa informático. Finalmente, se recogieron los datos de los 1012 niños con TDAH que cumplieron los anteriores criterios. Por otra parte, se recogieron los datos poblacionales necesarios acerca de cada Centro de Salud: renta media, porcentaje de inmigración y total de población pediátrica en cada Centro con la edad objetivo para el estudio.

En cada uno de los pacientes seleccionados se recogió la información relativa a las siguientes variables: Centro de Salud, sexo, fecha de nacimiento, edad al diagnóstico y derivación o no a Salud Mental. También se estudiaron variables grupales como el medio de vida, el nivel de renta y la inmigración tomando como referencia el Centro al que pertenecían. Los pacientes se clasificaron en las siguientes categorías en cada una de dichas variables grupales: medio de vida urbano o rural, renta media del Centro <12000 euros, 12000-13000 euros o >13000 euros y población inmigrante pediátrica en el Centro <7,5%, 7,5-15% o >15%.

Los datos recogidos se analizaron mediante el programa IBM® SPSS Statistics v25. Los resultados se expresan mediante medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Asimismo, se emplearon diferentes test estadísticos en función del tipo de variables a estudio. Se comprobaron los supuestos de normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk. En función de los resultados obtenidos con dicho test, se utilizaron test paramétricos en caso de normalidad

y test no paramétricos en caso de no normalidad. Se estableció significación estadística si se cumplía la condición $p < 0,05$.

Los datos se trataron de forma confidencial, cumpliendo los criterios establecidos en el RGPD 2016/679 y la LO 3/2018 acerca del tratamiento de datos personales. El estudio se ajusta al cumplimiento de la Ley 14/2007, de investigación Biomédica y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón en su reunión del día 27/03/2019. Acta N°06/2019, C.P. -C.I. PI19/154.

RESULTADOS

La muestra final del estudio fue de 1012 pacientes y en la [Tabla 1](#) se recogen los principales resultados del análisis descriptivo.

Tabla 1. Caracterización de los pacientes con TDAH en un Sector de Salud de Zaragoza.

	N	\bar{x}	s	%
Edad actual (años)	1012	11,9	2,3	
Edad al diagnóstico (años)	1012	7,5	2,5	
Sexo	1012			
Hombres (%)	693			68,5
Mujeres (%)	319			31,5
Derivación a Salud Mental	1012			
Sí (%)	247			24,4
No (%)	765			75,6
Medio de vida	1012			
Urbano (%)	716			70,8
Rural (%)	296			29,2
Renta media	1012			
<12000€	539			53,3
12000-13000€	245			24,2
>13000€	228			22,5
Inmigración	1012			
<7,5% (%)	357			35,3
7,5-15% (%)	578			57,1
>15% (%)	77			7,6

N: N° pacientes, \bar{x} : media aritmética, s; desviación típica.

La distribución de la muestra en los 13 Centros de Salud se recoge en la [Tabla 2](#). Se observó que el 68,5% (N=693) fueron hombres y el 31,5% (N=319) mujeres,

6

con una edad media en el estudio de $11,9 \pm 2,3$ años y una edad máxima de 15,33 años. No se obtuvieron diferencias significativas en cuanto a la edad media de los pacientes de los diferentes Centros de Salud: ANOVA ($F= 1,554$; $p = 0,099$).

Tabla 2. Distribución de la muestra en los 13 Centros del Sector.

Centro de Salud	N	%
Centro 1	69	6,8
Centro 2	103	10,2
Centro 3	27	2,7
Centro 4	51	5,0
Centro 5	108	10,7
Centro 6	6	0,6
Centro 7	162	16,0
Centro 8	1	0,1
Centro 9	132	13,0
Centro 10	156	15,4
Centro 11	12	1,2
Centro 12	115	11,4
Centro 13	70	6,9
Total	1012	100,0

N: N° pacientes.

En cuanto a la edad de los pacientes al diagnóstico de TDAH, encontramos una edad media de $7,5 \pm 2,5$ años, con diferencias estadísticamente significativas en la edad al diagnóstico entre Centros de Salud: ANOVA ($F= 2,485$; $p = 0,03$). La mayor edad media al diagnóstico por Centro fue de $9,1 \pm 2,5$ años, frente al de menor edad media $7,0 \pm 2,3$ años.

La prevalencia de TDAH en el Sector fue de 3,4% y las prevalencias relativas de cada Centro de Salud se observan en la [tabla 3](#).

Por otra parte, se ha evidenciado que la frecuencia total de derivación a Salud Mental fue del 24,4% ($N=247$), encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los distintos Centros del Sector ($\chi^2= 41,049$; $p < 0,0001$). Los Centros con mayores tasas de derivación a Salud Mental fueron del 44,4% ($N=115$) y 33,3% ($N=6$), mientras que dos Centros de Salud derivaron al 0% de sus pacientes con TDAH y otro Centro al 7,4% ($N=27$) de sus pacientes.

Si analizamos el medio de vida de estos niños, un 70,8% pertenecen a áreas urbanas ($N=716$),

mientras que un 29,2% ($N=296$) viven en medio rural. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias entre áreas urbanas y rurales ($p= 0,13$) ni diferencias en cuanto a la edad de diagnóstico en función del medio de vida ($F= 0,69$, $p=0,79$). Por el contrario, sí se encontraron diferencias en la frecuencia de derivación a salud mental, con una mayor frecuencia de derivación en los centros urbanos respecto a rurales ($\chi^2=4,54$; $p=0,03$). El 20,0% de los pacientes con TDAH en áreas rurales fueron derivados a dicho especialista frente al 26,3% de los pacientes de áreas urbanas.

Tabla 3. Prevalencia TDAH por Centro de Salud.

Centro de salud	Prevalencia (%)
Centro 1	3,3
Centro 2	4,9
Centro 3	1,7
Centro 4	2,5
Centro 5	3,1
Centro 6	2,0
Centro 7	3,2
Centro 8	0,9
Centro 9	4,2
Centro 10	4,1
Centro 11	2,5
Centro 12	3,3
Centro 13	2,7
TOTAL	3,4

Respecto al nivel de renta media de los diferentes Centros de Salud, el 53,3% ($N= 539$) de los pacientes pertenecían a Centros con renta inferior a 12000 euros, un 24,2% ($N=245$) se asociaban a rentas medias entre 12000 y 13000 euros y, por último, el 22,5% ($N=228$) contaban con rentas superiores a 13000 euros. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia ($F= 0,98$; $p=0,41$) ni en la edad al diagnóstico ($F=1,43$; $p=0,239$) entre las 3 categorías de renta. En cambio, sí se encontraron diferencias en la frecuencia de derivación a salud mental ($\chi^2=6,32$; $p=0,042$), con una mayor frecuencia de derivación en la categoría de menor renta. En la categoría de menor renta la derivación fue del 27,1% de los pacientes, frente al 18,0% en la categoría de renta media y el 24,1% en la categoría de renta superior.

En el estudio de inmigración clasificamos a los pacientes en diferentes categorías en función del número y el porcentaje de inmigrantes por Centro de Salud. Un 35,3% (N= 357) de los pacientes pertenecían a Centros con <7,5% de pacientes inmigrantes, un 57,1% (N=578) con 7,5-15% de inmigración y, por último, el 7,6% (N=77) eran adscritos a Centros con >15% de pacientes inmigrantes. No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de TDAH entre las distintas categorías ($F=3,71$; $p= 0,06$) ni en la frecuencia de derivación a salud mental ($\chi^2=2,13$; $p=0,344$). Por el contrario, se mostraron diferencias significativas en la edad al diagnóstico entre Centros con diferente porcentaje de inmigración según categorías ($F= 7,33$; $p= 0,001$). También hubo diferencias en las comparaciones entre subgrupos en la prueba post hoc de Bonferroni entre las categorías <7,5% y >15% (diferencia de medias = $-1,2\pm 0,3$, $p=0,001$) y el grupo de 7,5-15% y el de >15% (diferencia de medias = $-1,11\pm 0,302$, $p=0,001$). Por tanto, se objetivó una mayor edad media al diagnóstico en la categoría de >15% de inmigración ($8,3\pm 1,9$ años).

DISCUSIÓN

La prevalencia de TDAH ha diferido en gran medida a lo largo del tiempo y según regiones geográficas. Algunos autores refieren una prevalencia mundial del 5,3%, mientras que la prevalencia nacional se estima en un 6,8% (6, 12). Sin embargo, en la serie de casos estudiados en el presente estudio, encontramos una prevalencia del 3,4%. Este hecho podría hacernos pensar que se trata de una patología infradiagnosticada en el Sector.

En cambio, en nuestra muestra encontramos un 68,5% de varones entre los afectados, lo cual sí que concuerda con otras series de casos, ya que se estima una prevalencia de 2-4 veces superior en el sexo masculino. La edad media de diagnóstico fue de $7,5\pm 2,5$ años, acorde también a lo obtenido en otras series (1, 2, 6, 7).

En estos hallazgos no se han encontrado diferencias en la prevalencia ni en la edad media al diagnóstico en función del nivel de renta del Centro al que los pacientes estaban adscritos. Algunos autores sí que consideran que la prevalencia es mayor en

clases socioeconómicas bajas (12). En este sentido, se asume un cierto componente hereditario, dado que el nivel socioeconómico de cada Centro no depende del propio paciente, sino de sus progenitores. En términos generales, parece que las personas con TDAH presentan más problemas a nivel educativo y formativo en la infancia y, como consecuencia, posteriormente optan a puestos laborales peor remunerados (12). En cambio, un nivel socioeconómico medio-alto parece favorecer la adhesión al tratamiento farmacológico, psicológico y psicopedagógico (3). A su vez, otros factores como el tabaquismo materno o el consumo de tóxicos durante el embarazo, se relacionan con un retraso madurativo fetal que puede traducirse en alteraciones del neurodesarrollo como el TDAH en edades posteriores (13).

Este estudio tampoco ha evidenciado variaciones de prevalencia en inmigrantes, aunque sí en la edad media del diagnóstico de la enfermedad, siendo los Centros de mayor población extranjera aquellos que presentaban una edad superior al diagnóstico. Este hecho podría deberse a que las diferencias culturales y étnicas constituyen en muchas ocasiones diferencias en el grado de aceptación de la patología por parte de la familia (3).

En lo referente al medio urbano/rural y TDAH, no se han encontrado diferencias de prevalencia ni de edad media al diagnóstico. Sin embargo, diversos autores apuntan a una mayor frecuencia de TDAH en medios urbanos con núcleos poblacionales densos, en comparación con zonas rurales (12). Asimismo, parecen confirmarse diferencias de prevalencia en función del área geográfica en la que se habita, pero estas diferencias podrían deberse, en cierto modo, a los distintos criterios diagnósticos empleados en cada zona y a lo largo del tiempo (9, 10).

El abordaje y manejo del TDAH se inicia desde Atención Primaria. Es necesario el cumplimiento de los suficientes síntomas asociados a la enfermedad, con una edad de aparición inferior a 12 años, una afectación en 2 o más ámbitos de la vida del niño y ausencia de explicación de estos síntomas por otro tipo de problema de salud. Una vez diagnosticado el TDAH se puede instaurar el tratamiento médico desde Atención Primaria. Se recomienda derivación a Neuropediatría o Salud Mental ante la aparición de

8

comorbilidades físicas o psiquiátricas, ante falta de respuesta al tratamiento médico instaurado o debido al rechazo importante de la familia para aceptar el diagnóstico (3).

Según diversos estudios, el TDAH constituye el 30-50% de los pacientes pediátricos derivados a Salud Mental y, en las últimas décadas, se ha observado un aumento de derivaciones con este diagnóstico de sospecha (14). Sin embargo, se estima que menos del 50% de los niños estudiados por este motivo en Atención Especializada cumplen realmente criterios diagnósticos de TDAH (15). Algunos autores consideran que existe una mayor tasa de derivación en poblaciones con ingresos salariales más altos, no como consecuencia de una mayor prevalencia, sino porque su identificación es más temprana (16). En nuestro estudio observamos un 24,4% de pacientes derivados a Salud Mental, con una mayor tasa de derivación en centros urbanos y en aquellos con un menor nivel de renta.

Los hallazgos encontrados en el estudio deben entenderse bajo la aclaración de ciertas limitaciones, ya que no se conocen los criterios diagnósticos empleados por cada pediatra de Atención Primaria en cada Centro de Salud podrían diferir unos de otros. Por otro lado, el nivel de renta expuesto no se correlaciona con cada familia de forma específica, sino que se trata del nivel de renta medio de la población adscrita al Centro de Salud en su conjunto. Por último, solamente se ha podido investigar la tasa de derivación a Salud Mental y no se conoce el número de niños que fueron derivados a Neuropediatría. Por tanto, el porcentaje final de derivación a Atención Especializada sería mayor al observado.

A pesar de todo ello, se trata de una muestra representativa de Zaragoza, relevante para la caracterización del paciente con TDAH y su derivación a Salud Mental, así como para la identificación de un posible infradiagnóstico de la patología en nuestro medio.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de TDAH en el Sector es de 3,4%, por lo que podría tratarse de una patología infradiagnosticada en nuestro medio.

2. No se han encontrado diferencias de prevalencia de TDAH en función del tipo de población (urbana/rural), el nivel de renta ni de la inmigración del Centro de Salud.
3. En Centros con mayores tasas de inmigración se ha evidenciado una mayor edad al diagnóstico de TDAH.
4. La tasa de derivación a Salud Mental fue de 24,4%, siendo ésta superior en los Centros urbanos.

CONTRIBUCIONES

MV, CF y ML han participado en el diseño del estudio; MV, SC, MA, EP y ML en la recogida de datos; MV, SC y ML han participado en la redacción del manuscrito. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.



CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Rodríguez Hernández PJ, González González I, Manuel Gutiérrez Sola A. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatr Integral*. 2015;XIX(8): 540-47. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-10/el-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>
2. Llanos Lizcano LJ, García Ruiz DJ, González Torres HJ, Puentes Roza P. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños escolarizados de 6 a 17 años. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019;21(83): e101-e108.
3. CanadianADHDResourceAlliance(CADDRA). Canadian ADHD Practice Guidelines. 4th Edition. Toronto (ON): CADDRA; 2018.
4. López-Martín S, Albert J, Fernández Jaén A, Carretié L. Neurociencia afectiva del TDAH: Datos existentes y direcciones futuras. *Escritos de Psicología*. 2010;3(2): 17-29.
5. Cruchet S, Lucero Y, Cornejo V. Truths, Myths and Needs of Special Diets: Attention-Deficit/

- Hyperactivity Disorder, Autism, Non-Celiac Gluten Sensitivity, and Vegetarianism. *Ann Nutr Metab.* 2016;68(Suppl 1): 43-50.
<https://doi.org/10.1159/000445393>
6. Catalá-López F, Peiró S, Ridaó M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC Psychiatry.* 2012;12: 168.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
 7. Rodríguez Molinero L, López JA, Garrido M, Sacristán AM, Martínez MT. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11: 251-70.
 8. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca. *Rev Neurol.* 2007;44: 10-14.
<https://doi.org/10.33588/rn.4401.2005475>
 9. García Peñas JJ, Domínguez Carral J ¿Existe un sobrediagnóstico del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)? *Evid Pediatr.* 2012;8:51.
 10. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics.* 2012; 9(3):490-499.
<https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
 11. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* 2003;2:104-113.
 12. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007, 164: 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942.
 13. Tirado Hurtado BC, Salirrosas Alegría C, Armas Fava L, Asenjo Pérez C, Algunos factores relacionados con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños en edad escolar del distrito de Trujillo, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 2012;75(3):77-84.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v75i3.1225>
 14. Morán I, Navarro-Mateu F, Robles F, de Concepción A. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. *Aten Primaria.* 2008;40:29-33.
 15. Rivas Jueas C, de Dios JG, Benac Prefaci M, Colomer Revuelta J. Análisis de los factores ligados al diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Neurología.* 2017;32(7):431-439.
 16. Barkley RA. TDAH: diagnóstico, demografía y clasificación en subtipos. Curso para profesionales. 2011. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/profesionales-cap-01.pdf>.

P. Alcindor-Huelva ^{1*}
A. Delgado Campos ¹
F. J. Izquierdo Morejón ²
M. Faya Barrios ³

1. Centro de Salud Mental Puente de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.
2. Servicio de Psiquiatría, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.
3. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Patricia Alcindor-Huelva
Correo electrónico: patricia.alcindor@salud.madrid.org

Estilos de apego y perfil de dificultades en la regulación emocional en una muestra de adolescentes femeninas (16-19 años)

Attachment styles and profile of difficulties in emotional regulation in a sample of female adolescents (16-19 years old)

RESUMEN

Introducción: El mundo emocional tiene un gran impacto en la vida de las personas. La regulación de las emociones influye significativamente en su calidad de vida y su falta es un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales (ansiedad, depresión, trastorno por estrés post-traumático, autolesiones...). Uno de los elementos que interviene en el desarrollo de la regulación emocional es el estilo de apego. **Objetivos:** El objetivo principal es determinar si las dificultades de regulación emocional medidos por la escala DERS en adolescentes mujeres de entre 16-19 años son mayores en un estilo de apego inseguro, estimado con la sub-escala Seguridad de la escala Ca-Mir-R (instrumento para la evaluación de las representaciones del apego en adolescentes), para posteriormente comparar el perfil de las dificultades en la regulación emocional. **Material y Métodos:** Estudio observacional transversal. El tamaño muestral es 63 adolescentes femeninas. Se administró un cuestionario socio-demográfico, CaMir-R (evaluación del apego en adolescentes), se utiliza sólo la subescala Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego para estimar el estilo de apego; DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*) en población adolescentes (16-19 años). **Resultados:** Las puntuaciones en las dificultades en la regulación emocional en las pacientes según su estilo de apego eran mayores en las adolescentes con un estilo de apego inseguro, principalmente en la variable de Desatención, Descontrol emocional y puntuación

ABSTRACT

Introduction: The emotional world has a great impact on people's lives. The regulation of emotions significantly influences the quality of life and its lack is a risk factor for the onset of mental disorders (anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, self-harmful behaviors...). One of the elements involved in the development of emotion regulation is attachment style. **Objectives:** The main objective is to determine if emotional regulation difficulties measured by the DERS scale in female adolescents between 16-19 years are greater in an insecure attachment style, estimated with the Security subscale of the Ca-Mir-R scale (instrument for the evaluation of attachment representations in adolescents), to subsequently compare the profile of difficulties in emotional regulation. **Material and Methods:** Cross-sectional observational study. The sample size is of 63 female adolescents (16-19 years old). A socio-demographic questionnaire, CaMir-R (assessment of attachment in adolescents), is used by administering exclusively its Security subscale: availability and support of Attachment figures, to estimate the attachment style; DERS (*Scale of Difficulties in Emotional Regulation*) was also administered. **Results:** The scores on difficulties in emotional regulation in patients according to their attachment style were higher in adolescents with an insecure attachment style, mainly in the variables of Inattention, Emotional Lack of Control and Total Score. A moderate negative correlation between the

total. Se encontró una moderada correlación negativa entre la puntuación de Seguridad del cuestionario Ca-Mir-R y la puntuación total del cuestionario de DERS. **Conclusiones:** Las adolescentes con un estilo de apego inseguro tienen puntuaciones mayores en las dificultades para reconocer e identificar sus emociones y para controlar sus conductas cuando se encuentran bajo un estado emocional intenso. Se justificaría la realización de más estudios, con una especial atención a los distintos estilos de apego inseguros.

Palabras clave: Relaciones paterno-filiales, regulación emocional, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Las emociones son una parte importante de nuestra vida y ayuda a que nos centremos en lo importante. Las emociones son maneras de afrontar y adaptarse a las diversas situaciones sociales que se presentan a lo largo de la vida de un sujeto (1). Son estados limitados en el tiempo, ligados al contexto y con valencia (positiva o negativa), que al principio suelen operar fuera de la consciencia (2). Se ha llegado a la conclusión de que además de ser adaptativas deben ser flexibles, sensibles al contexto y con el objetivo de ayudar en el funcionamiento del individuo (3).

La capacidad de un sujeto para regular sus emociones, tanto las propias como las de los demás impacta sobremanera en su vida (4). La regulación emocional ha sido definida como procesos intrínsecos y extrínsecos a través de los cuales el individuo modula sus emociones consciente e inconscientemente para responder adecuadamente a las demandas del contexto (2,3,5,6). Las dificultades en la regulación emocional provienen principalmente de la incapacidad para experimentar emociones, diferenciarlas, y responder espontánea y adecuadamente, más que sólo a su control (2,7). Uno de los factores que están implicados en la regulación emocional es la relación del sujeto con sus padres (8).

Bowlby fue el primero que, al teorizar sobre el apego, lo vinculó con la capacidad del bebé para regular sus propias emociones. Los primeros movimientos aparecen cuando el bebé percibe una amenaza o

Ca-Mir-R questionnaire Safety score and the total DERS questionnaire score was found. **Conclusions:** Adolescents with an insecure attachment style have higher scores on difficulties recognizing and identifying their emotions and controlling their behaviors when they are in an intense emotional state. With the results obtained, it would be justified to carry out more studies, taking into account different insecure attachment styles.

Keywords: Parent-child relations, emotional regulation, adolescents.

disconfort y busca la proximidad de sus cuidadores principales para conseguir protección o aliviar el estrés (9,10). Si tiene una figura de cuidado atenta a sus necesidades y que responda adecuadamente, el bebé tendrá emociones positivas, mientras que, si el cuidador no está disponible, aumentará su nivel de estrés. A medida que el bebé va creciendo y se va desarrollando cognitivamente, aparecen los modelos operativos internos (representaciones mentales de la seguridad del mundo, creencias sobre la propia capacidad de hacer frente a los tiempos de amenaza y angustia, y estrategias para regular las emociones) (11,12). Los modelos operativos internos son el nexo entre la teoría del apego y el desarrollo de la regulación emocional.

A medida que el niño va desarrollando su capacidad cognitiva, va a ir infiriendo patrones de conducta relacionados con las interacciones repetidas con su cuidador principal. Estas interacciones crearán un esquema sobre qué esperar en futuras relaciones y cómo comportarse. Estas experiencias conformarán en el niño un sistema de apego seguro o inseguro. El sistema de apego en la adolescencia y adultez es el estilo de apego, que a su vez, guía el proceso de la regulación emocional y modela las evaluaciones, sentimientos y tendencias comportamentales del individuo.

El modo en que una persona tenga de vincularse influirá indudablemente en cómo regula sus emociones. Se irán incorporando estrategias de regulación emocional (principalmente en los procesos

de generación de la emoción o en el proceso de re-evaluación emocional) (13), tanto adaptativas como disfuncionales, según el estilo de apego del individuo.

En este estudio se estimará las dificultades en la regulación emocional y se analizará el perfil de estas dificultades según el estilo de apego en sujetos femeninos en el periodo de la adolescencia tardía (16 a 19 años).

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La hipótesis de trabajo es que las dificultades de regulación emocional son mayores en el estilo de apego inseguro, con un perfil diferente en relación al estilo de apego seguro.

El objetivo principal es estimar la puntuación total y las variables del cuestionario DERS para posteriormente comparar el perfil de las dificultades en la regulación emocional (Descontrol emocional; Confusión emocional; Interferencia cotidiana; Desatención emocional y Rechazo emocional). Además, se correlacionará las puntuaciones de la variable Seguridad del cuestionario Ca-Mir-R con las puntuaciones totales del cuestionario DERS.

METODOLOGÍA

Diseño

Es un estudio observacional transversal. El tamaño muestral es 63 sujetos femeninas. Se administraron un cuestionario socio-demográfico, los cuestionarios CaMir-R (evaluación del apego en adolescentes), DERS (Escala de Dificultades en la Regulación Emocional) en población adolescente (rango 16-19 años). Se eligió esta franja de edad para asegurar que el estilo de apego estuviera bien establecido, y para que fuera un rango de edad lo más cercana a la mayoría de edad, pero dentro de la etapa de la adolescencia, dado que no se ha comprobado la idoneidad del cuestionario DERS versión española en población adolescente.

Criterios de inclusión: a. sexo femenino. b. edad comprendida entre los 16 y 19 años. c. Criterios de exclusión: a. Discapacidad intelectual.

Procedimientos de muestreo

Las pacientes procedían de dos puntos: de un centro escolar concertado de un barrio de Madrid en la etapa de Bachillerato, y del programa de admisión de la unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid. La razón para elegir una muestra clínica fue para aumentar la muestra de sujetos con estilo de apego inseguro. En población adulta y adolescente con un trastorno del comportamiento alimentario la prevalencia de un estilo de apego inseguro es alta, (14–17). El procedimiento de muestreo fue no probabilístico, por orden consecutivo de entrada en el estudio. El presente estudio fue autorizado por el Comité de Ética e Investigaciones Clínicas GAE Niño Jesús Área 2 en Diciembre de 2017. Todas las participantes fueron informadas del presente estudio y dieron su consentimiento (Anexo 2).

INSTRUMENTOS Y PRUEBAS

DERS (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*)

Para la estimación de las variables independientes (Regulación Emocional y estilo de apego) se administró 1) la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de; Gratz y Roemer, 2004), versión española (18), para adultos, que evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 28 ítems con una escala Likert de 5 puntos (de “Casi nunca” a “Casi siempre”). Los ítems se encuentran reagrupados en 5 factores: Descontrol emocional; Confusión emocional; Interferencia cotidiana; Desatención emocional y Rechazo emocional. La consistencia interna de la escala es 0,93 (puntuación total) y según las distintas subescalas, la adaptación al castellano brindó las siguientes evidencias de fiabilidad: Descontrol: $\alpha=.91$; Rechazo $\alpha=.90$; Interferencia $\alpha=.87$; Desatención $\alpha=.73$; Confusión ($\alpha=.78$) La Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS) se desarrolló para evaluar la desregulación de las emociones de manera más integral que las medidas existentes hasta entonces. Los ítems de DERS fueron elegidos para reflejar las dificultades dentro de las siguientes

dimensiones de la regulación de las emociones: (a) conciencia y comprensión de las emociones; b) la aceptación de las emociones; (c) la capacidad de participar en un comportamiento dirigido a objetivos, y abstenerse de un comportamiento impulsivo, cuando se experimentan emociones negativas; y d) el acceso a estrategias de regulación de las emociones que se consideran eficaces. La dimensión final refleja un intento de medir el uso flexible de estrategias apropiadas según la situación para modular las respuestas emocionales (6).

Ca-Mir-R (el cuestionario de Modelos Internos de Relaciones de Apego)

Es un instrumento para la evaluación del apego que cuenta con buenas propiedades psicométricas, para su aplicación en el ámbito clínico y de la investigación con adolescentes y adultos (19), adaptado al castellano (20) que mide las representaciones de apego en población adolescente. Se obtuvieron 7 dimensiones (Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Valor de la autoridad de los padres, Permisividad parental, Autosuficiencia y rencor contra los padres y Trauma infantil), cuyos índices de consistencia interna oscilaron entre 0,60 y 0,85. Este cuestionario permite transformar las puntuaciones obtenidas de las dimensiones antes referidas y clasificar a los sujetos en estilos de apego seguro o inseguro, utilizando las puntuaciones T de la subescala de Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Se clasifica como estilo de apego seguro si la puntuación T en la subescala Seguridad es $\geq 50\%$ y como inseguro si la puntuación es $< 50\%$.

Análisis estadístico

En primer lugar, se procedió a un análisis descriptivo de la muestra. A continuación, se estudió la normalidad de las variables (prueba de Kolmogorov-Smirnov). Posteriormente se comparó las variables del perfil de la regulación emocional (atención, objetivos, aceptación, funcionamiento y regulación) entre las pacientes con un estilo de apego seguro e inseguro, con la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney. Finalmente se hizo una correlación de Spearman y una regresión lineal simple (Seguridad Ca-Mir-R, como variable independiente y puntuación total DERS, como variable dependiente). Se fijó un nivel de significancia en $p < 0,05$ para todas las pruebas. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 para el análisis de los datos.

RESULTADOS

En la prueba de normalidad se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov porque la muestra era superior a 50. La variable edad no sigue una distribución normal [estadístico=0,152, $gl=63$, $p=0,001$]. Los datos muestran que solo las variables Descontrol del cuestionario DERS, y la puntuación total, presentaban una distribución normal. Desatención DERS [estadístico=0,125, $gl=63$, $p=0,015$]; Confusión DERS [estadístico=0,123, $gl=63$, $p=0,019$]; Rechazo DERS [estadístico=0,153, $gl=63$, $p=0,001$]; Interferencia DERS [estadístico=0,135, $gl=63$, $p=0,006$]; Descontrol DERS [estadístico= 0,101, $gl=63$, $p=0,181$], puntuación total DERS [estadístico=0,074, $gl=63$, $p=0,2$]. La variable Seguridad Ca-Mir-R muestra que los datos no siguen una distribución normal [estadístico=0,195, $gl=63$, $p<0,001$].

Tabla 1. Estadística descriptiva de la muestra.

	Total	Estilo de apego SEGURO x (DE)	Estilo de apego INSEGURO x (DE)	Sig
EDAD	□ 16,96	16,83 (0,74)	17,08 (0,1)	Z=-1,155 ^a p=0,248 (ns)
CLASE SOCIAL (Hollingstead)				
• ALTA	6 (9,52%)	1 (16,7%)	5 (83,3%)	
• MEDIA ALTA	30 (47,62%)	17 (56,7%)	13 (43,3%)	
• MEDIA	18 (28,57%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
• MEDIA BAJA	7 (11,11%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)	
• BAJA	2 (3,17%)	2 (100,0%)	0 (0%)	
ESTILO DE APEGO	63	31	32	

a Prueba de U de Mann-Whitney

Tabla 2. Estadística descriptiva de las variables de la escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS).

	DESATENCIÓN EMOCIONAL	CONFUSIÓN EMOCIONAL	RECHAZO EMOCIONAL	INTERFERENCIA COTIDIANA	DESCONTROL EMOCIONAL	ESCALA DERS TOTAL
N	63	63	63	63	63	63
Media	7,52	11,40	17,84	12,90	22,16	71,83
Mediana	7,00	11,00	17,00	13,00	21,00	72,00
Desviación estándar	2,956	3,982	7,612	4,620	8,950	21,462
Asimetría	,267	,210	,506	-,235	,233	b
Curtosis	-,798	-,942	-,771	-,958	-,831	-,605
Mínimo	3	4	7	4	9	28
Máximo	14	19	35	20	43	123

Para la comparación de las distintas variables según el estilo de apego se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney). Se encontraron los siguientes resultados:

Tabla 3. Comparativa de las variables de la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS).

	Estilo de apego SEGURO x̄ (DE)	Estilo de apego INSEGURO x̄ (DE)	Estadístico (Sig)
DESATENCIÓN DERS	6,65 (2,85)	8,37 (2,83)	Z=-2,384 p=0,017 (<0,05)
CONFUSIÓN DERS	10,87 (3,730)	11,91 (4,207)	Z=-0,883 p=0,377 (ns)
RECHAZO DERS	16,32 (6,670)	19,31 (8,264)	Z=-1,350 p=0,177 (ns)
INTERFERENCIA DERS	12,58 (4,884)	13,22 (4,405)	Z=-0,497 (ns) p=0,619
DESCONTROL DERS	19,10 (8,608)	25,13 (8,369)	t=-2,588 p=0,01
DERS TOTAL	65,52 (19,428)	77,94 (21,853)	t=-2,159 p=,031 (<0,05)

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en las variables de Desatención habilidad para identificar emociones), Descontrol (habilidad para frenar conductas impulsivas) y en la puntuación total del cuestionario DERS.

Existe una asociación entre la puntuación total del cuestionario DERS (variable dependiente) y la subescala Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego del cuestionario Ca-Mir-R (variable

independiente) [coeficiente de correlación de Spearman=-0,347, p=0,005]. Se estimó la regresión lineal simple de la variable Seguridad Ca-Mir-R sobre la puntuación total DERS y se probó la hipótesis de que la subescala Seguridad Ca-Mir-R estaba inversamente relacionada con la puntuación total DERS. Se halló que la pendiente $\beta=-0.383$, $t(61)=-2,197$, $p<.032$ era estadísticamente significativa y, por tanto, se aceptó la hipótesis de relación lineal entre dos variables cuantitativas. El valor de R2 fue de 0,073. Este valor indica que la variabilidad de la puntuación total del cuestionario DERS es atribuible en un 7,3% a la sub-escala Seguridad Ca-Mir-R. También se comprobó mediante el análisis de residuos que los datos se ajustaban bien a los supuestos del modelo de regresión lineal (Gráfico 1 y 2).

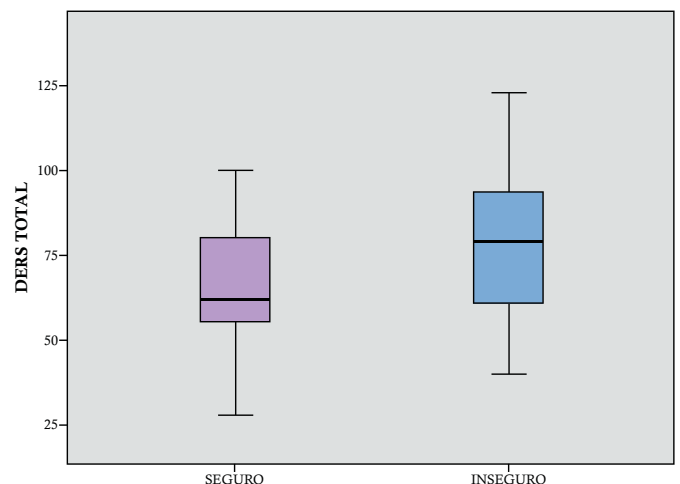


Gráfico 1. Puntuación total de la escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS) según el estilo de apego.

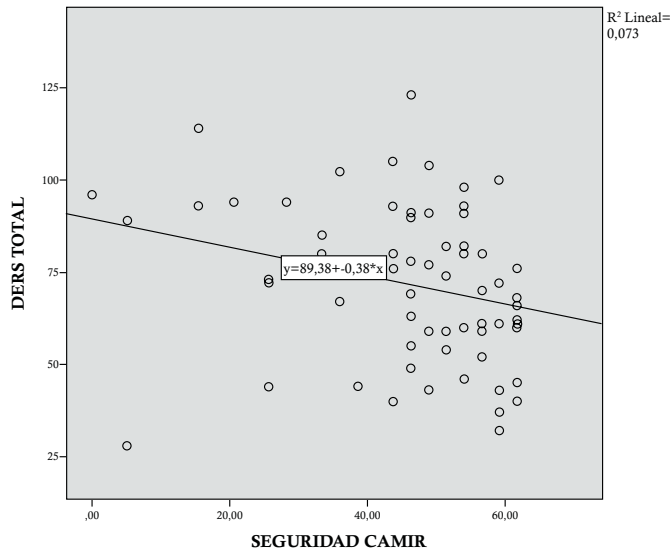


Gráfico 2. Dispersión de la puntuación total de la escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS) y puntuación de la Subescala de Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego del cuestionario Ca-Mir-R.

DISCUSIÓN

En el presente artículo se confirma la hipótesis de que las dificultades en la regulación emocional son mayores en las adolescentes con un estilo de apego inseguro. Con respecto al perfil de estas dificultades, las variables que son estadísticamente significativas son desatención (habilidad para reconocer emociones propias) y descontrol emocional (dificultad para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas). El estilo de apego de un sujeto influye en el desarrollo de su regulación emocional; un individuo con un estilo de apego inseguro suele tener menos capacidad para aceptar e integrar sus emociones, tanto positivas como negativas, que resultará en una mayor vulnerabilidad para una adaptación interpersonal funcional (21,22).

Una emoción sirve para señalar dónde potencialmente hay un problema y asegurar que los recursos mentales adecuados se dediquen a resolverlo (23). La incapacidad para prestar atención y reconocer emociones propias es una de los factores que mide el cuestionario DERS: es la variable Desatención Emocional. Tienen dificultades para ser receptivos a los aspectos positivos y negativos de sus experiencias internas, a etiquetarlas y si fuera necesario o

apropiado, a hablar de ellas (24). La capacidad de reconocer e identificar las emociones protege ante situaciones estresantes (25). El estilo de apego tiene un claro impacto en la capacidad de ser consciente de sus propias emociones. Bowlby (10) acuñó el término “exclusión defensiva” para referirse a los intentos del individuo con un estilo de apego evitativo para que no afloren sus emociones. Varios estudios han apoyado este mecanismo (26–29). Se ha hipotetizado que por el contrario, el estilo de apego ansioso llevaría a una amplificación de las experiencias emocionales y por tanto también a dificultades en la identificación de las emociones (30). Ambos estilos de apego inseguros (evitativo y ansioso) dan como resultado dificultades en la identificación de las emociones; en un caso por defecto y en el otro, por amplificación. Este estudio encuentra que la capacidad de reconocer e identificar emociones (factor desatención del cuestionario DERS) es diferente según el estilo de apego (seguro vs inseguro) y apoyaría los resultados de estudios previos.

La mentalización, o función reflexiva, se define como la capacidad para comprender a los demás y a uno mismo en términos de estados mentales internos (31). Esta capacidad permite la representación de estados mentales en términos simbólicos y es considerada una parte muy importante de la regulación emocional, porque evita que el sujeto no se desborde cuando presente un estado emocional intenso, en cualquiera de sus valencias (32). En un principio el desarrollo de la función reflexiva se atribuyó casi exclusivamente al apego, recientemente se ha postulado por un abordaje más socio-comunicativo, añadiendo otros factores, como el papel de la familia, los iguales y otros factores socio-culturales (33,34). La escala de Confusión Emocional del cuestionario DERS sirve para estimar el déficit en la mentalización (35). Se ha encontrado que la claridad emocional disminuye durante los años de adolescencia en las chicas pero es relativamente estable en los varones. Se cree que la adolescencia puede ser una etapa donde las experiencias emocionales se vuelven más desconcertantes para las chicas (36–38). En nuestro estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos clasificados según el estilo de apego. Hay que resaltar que no se han tenido en cuenta otros factores

16

que en la literatura científica consideran importante a la hora de explicar el desarrollo de la mentalización. Esto justificaría un estudio más amplio, tanto en número de participantes como factores de estudio para aclarar la relación de la confusión emocional y estilo de apego en población adolescente.

En la variable Rechazo Emocional del cuestionario DERS se refleja la tendencia del sujeto a tener respuestas emocionales secundarias negativas a las propias emociones negativas o a las reacciones de rechazo al propio distrés (39). Este constructo es una característica diferencial individual relativamente estable (40), que está ligado a la aparición de psicopatología posterior, como depresión, ansiedad, trastorno por estrés post-traumático, trastornos de la conducta alimentaria y conductas autolesivas (41–44). Se ha demostrado que esta variable es la que está más asociada con un particular estilo de apego: el evitativo. Los sujetos con este patrón de relación tienden a suprimir los recuerdos dolorosos, reprimir las emociones negativas, dificultad para reconocerlas y negación de miedos básicos (13,45–47). Esta variable está relacionada con la presencia de experiencias negativas traumatizantes en la infancia. Se cree que es una respuesta aprendida a un nivel de estrés y dolor abrumador, asociado con un trauma crónico o victimización (48,49). Si esta estrategia se usa de manera crónica y poco selectiva puede disminuir la capacidad del sujeto para usar las emociones para funciones críticas, como la comunicación y la toma de decisiones (48–50). En este estudio no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa entre los sujetos con un estilo de apego seguro e inseguro. Es posible que al clasificar los estilos de apego de una manera básica, seguro e inseguro, sin especificar los distintos tipos de apego inseguro no hubiera sido posible encontrar diferencias en esta variable. Creemos también que hubiera sido útil añadir el estudio de la presencia de trauma en esta muestra para perfilar esta variable.

La variable Interferencia Cotidiana se refiere a las dificultades que presenta el sujeto al concentrarse y llevar a cabo tareas mientras experimente emociones negativas (39). La teoría del apego intenta explicar cómo un apego seguro ayuda a las personas a sobrellevar las emociones negativas como el dolor, el distrés o el

miedo (51). A medida que el sujeto va madurando, emerge un esquema sobre las expectativas de las relaciones personales significativas: es el esquema de base segura (52). Los individuos con experiencias de cuidado positivas en los primeros años de su vida por parte de sus cuidadores principales son capaces de desarrollar un esquema de base segura (52), que está ligado al concepto de los modelos operativos internos de Bowlby (Bowlby, 1969, 1973). Los esquemas hacen referencia a estructuras cognitivas permanentes que generan expectativas y además preparan y organizan la conducta del sujeto. Las expectativas en el esquema de base segura son de que la figura de apego estará presente para ayudar y recuperar el equilibrio emocional de manera que el individuo pueda volver a sus actividades (52).

En los estilos de apego inseguros, ansioso y evitativo, tienen esquemas cognitivos diferentes. En el ansioso, su esquema es tendente a evaluar las amenazas como aumentadas y además consideran que sus propios recursos de afrontamiento son deficientes, suelen rumiar sus pensamientos más perturbadores y suelen presentar unos altos niveles de distrés durante y después de acontecimientos estresantes (47,53–55). Es el llamado esquema centinela. Sin embargo, en el estilo de apego evitativo, el esquema es el de lucha-huida rápida, estos individuos tienden a minimizar las amenazas; ellos afrontan los estresores con estrategias cognitivas y conductuales que les distancie, tal como desvío de la atención de señales relacionadas con la amenaza y supresión de pensamientos relacionados con la amenaza (45,46,54,54,56–59). Utilizan una estrategia que John Bowlby llamó “*autosuficiencia compulsiva*” (10). Un estilo de apego inseguro está asociado con menos interferencia ante palabras amenazantes (60). En este estudio no se encuentra una diferencia significativa en la variable interferencia del cuestionario DERS. Una explicación es que sólo en los casos de estilo de apego inseguro ansioso da lugar a dificultades en la capacidad para un control eficiente a pesar de estar experimentando emociones negativas. Tanto los individuos con un estilo de apego seguro o evitativo no inciden en esta capacidad. En el primer caso por tener los recursos de afrontamiento necesarios para regularse emocionalmente. En el segundo caso, su mecanismo de defensa es eludir el

experimentar estas emociones negativas. Estos datos justifican un estudio más detallado para analizar estas diferencias.

En la adaptación española la variable Descontrol Emocional es el resultado de la suma de dos variables en el cuestionario original (Dificultad en el control de impulsos” y “Acceso limitado a estrategias de regulación). Hace referencia a las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas (18). En este estudio hay una diferencia estadísticamente muy significativa entre el grupo con un estilo de apego seguro y el inseguro y replica investigaciones anteriores, donde se ha comprobado que el estilo de apego inseguro determina más dificultades en la regulación emocional (61,62).

Además, en esta investigación se ha encontrado una correlación negativa entre las dificultades en la regulación emocional y la puntuación directa de la variable de Seguridad del cuestionario Ca-Mir-R. Este hallazgo es consistente con trabajos previos (63–65). El tener un esquema cognitivo permanente de una base segura, donde las expectativas del sujeto son menos catastróficas, suelen ser más positivas y con más capacidad de buscar ayuda, favorece el desarrollo de estrategias de regulación emocional, y esto a su vez protege para la aparición de síntomas mentales, como la ansiedad, depresión o trastornos de conducta.

LIMITACIONES

Este estudio presenta varias limitaciones a destacar: a) no se ha comprobado la idoneidad del cuestionario DERS versión española, con 28 ítems versus 36 ítems (versión original) en población adolescente (18). b) la recogida de la muestra es no probabilística (Se aprovecha o utiliza personas disponibles en un momento dado que cumplen los criterios de inclusión del estudio). c) en el estilo de apego solo está clasificada en seguro o inseguro para que gane potencia el estudio. Con una clasificación más completa de los estilos de apego se podría haber estudiado las diferencias entre la clasificación insegura (ansioso, evitativo). d) hay varios factores que también inciden en la aparición de dificultades en la regulación emocional, como la depresión o la ansiedad, rasgos

de personalidad de la adolescente o la presencia de alexitimia, que no se han tenido en cuenta. e) no hay comparación con varones, que son menos propensos a expresar sus emociones (66), con menos probabilidad de buscar apoyo emocional ante el estrés (67) y más propensos a presentar un estilo de apego evitativo (68).

CONCLUSIONES

Hay una clara diferencia en la regulación emocional entre las chicas adolescentes entre 16 y 19 años con un estilo de apego inseguro. Tienen más dificultades para reconocer e identificar sus emociones, y para controlar sus conductas cuando se encuentran bajo un estado emocional intenso. Es posible hipotetizar que hay diferencias entre los estilos de apego evitativos y ansiosos. Hay dos implicaciones inmediatas de estos datos: a) la recomendación de evaluar de manera sistemática el estilo de apego en pacientes con dificultades en la regulación emocional; b) la necesidad de tratar psicoterapéuticamente a los pacientes con un estilo de apego inseguro para poder ayudarles en la regulación de sus emociones. Con los resultados obtenidos se justificaría la realización de estudios más potentes y con una diferenciación de los distintos estilos de apego inseguros.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Unidad de TCA del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

CONTRIBUCIONES

PA, MF y AD han participado en la conceptualización; PA ha realizado el diseño del estudio; PA y MF han participado en la recogida de datos; PA y FI han realizado el análisis estadístico y PA ha participado en la redacción del manuscrito. Todos los autores han aprobado la versión final del manuscrito para su publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

No se declara ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. TenHouten WD. A general theory of emotions and social life. London; New York: Routledge; 2007. 308 p. <https://doi.org/10.4324/9780203013441>
2. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2): 151-64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
3. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):25-52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
4. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020;20(1): 1-9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
5. Gross JJ, editor. *The Nonconscious Regulation of Emotions.* En: *Handbook of emotion regulation.* Paperback ed. New York (NY): Guilford Press; 2009. p. 429-45.
6. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
7. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3): 73-100. <https://doi.org/10.2307/1166139>
8. Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3): 228-49. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x>
9. Bowlby J. *Attachment and Loss: Attachment* [Internet]. Basic Books; 1969. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=dvZGAAAAMAAJ>
10. Bowlby J. *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger.* Vol. 2. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.; 1973. 429 p.
11. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* 1992;28(5):759-75. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
12. Bretherton I. New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En: Osofsky JD, editor. *Handbook of infant development.* New York: John Wiley & Sons; 1987. p. 1061-100.
13. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *AttachHumDev.* 2002;4(2): 133-61. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>
14. Jewell T, Collyer H, Gardner T, Tchanturia K, Simic M, Fonagy P, Eisler I. Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2016;49(4): 354-73. <https://doi.org/10.1002/eat.22473>
15. Ramacciotti A, Sorbello M, Pazzagli A, Vismara L, Mancone A, Pallanti S. Attachment processes in eating disorders. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes.* 2001;6(3): 166-70. <https://doi.org/10.1007/BF03339766>
16. Ringer F, Crittenden PM. Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2007;15(2): 119-30. <https://doi.org/10.1002/erv.761>
17. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Benedettini M, Treasure J. Attachment patterns in eating disorders: past in the present. *Int J Eat Disord.* 2000;28(4): 370-6. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200012\)28:4<370::aid-eat4>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200012)28:4<370::aid-eat4>3.0.co;2-p)
18. Hervás G, Jódar R. Hervás, G., & Jódar, R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica Salud.* 2008;19(2): 139-56.
19. Lacasa F, Muela A. Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Rev Psicopatol Salud Ment Niño Adolesc.* 2014;24: 83-93.
20. Balluerka N, Lacasa Saludas F, Muela A, Pierrehumbert B. Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema.* 2011;23(3): 486-94.
21. Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3): 228-49. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x>
22. Cassidy J, Kobak RR. Avoidance and its relation to other defensive processes. En: *Clinical*

- implications of attachment. Hillsdale (NJ): L. Erlbaum Associates; 1988. p. 300-23. (Child psychology; vol. 1).
23. Ketelaar T, Clore GL. Emotion and reason: The proximate effects and ultimate functions of emotions. En: *Advances in Psychology* [Internet]. Elsevier; 1997 [citado 1 de septiembre de 2021]. p. 355-96. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0166411597801252>
 24. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagin Cogn Personal*. 1990;9(3): 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
 25. Lindquist K, Barrett LF. Emotional complexity. En: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, L. F. Barrett, editores. *The handbook of emotion*. 3rd ed. New York (NY): Guilford; 2008. p. 513-30.
 26. ChrisFraleayR, BrumbaughCC. Adult Attachment and Preemptive Defenses: Converging Evidence on the Role of Defensive Exclusion at the Level of Encoding. *J Pers*. 2007;75(5): 1033-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00465.x>
 27. De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addict Behav*. 2006;31(7): 1265-70. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>
 28. Monti JD, Rudolph KD. Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *J Couns Psychol*. julio de 2014;61(3):374-82. <https://doi.org/10.1037/cou0000016>
 29. Szapak M, Białecka-Pikul M. Attachment and alexithymia are related, but mind-mindedness does not mediate this relationship. *Pol Psychol Bull*. 2015;46(2): 217-22. <https://doi.org/10.1515/ppb-2015-0029>
 30. Meins E, Harris-Waller J, Lloyd A. Understanding alexithymia: Associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personal Individ Differ*. 2008;45(2): 146-52. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.013>
 31. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020;16(1): 297-325. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
 32. Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment of BPD. *J Personal Disord*. 2004;18(1): 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
 33. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4(1): 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
 34. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation*. 2017;4(1): 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
 35. Fossati A, Feeney J, Maffei C, Borroni S. Thinking about feelings: Affective state mentalization, attachment styles, and borderline personality disorder features among Italian nonclinical adolescents. *Psychoanal Psychol*. 2014;31(1): 41-67. <https://doi.org/10.1037/a0033960>
 36. Extremera N, Durán A, Rey L. Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personal Individ Differ*. 2007;42(6): 1069-79. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.014>
 37. Haas LM, McArthur BA, Burke TA, Olino TM, Abramson LY, Alloy LB. Emotional clarity development and psychosocial outcomes during adolescence. *Emotion*. 2019;19(4): 563-72. <https://doi.org/10.1037/emo0000452>
 38. Rubenstein LM, Hamilton JL, Stange JP, Flynn M, Abramson LY, Alloy LB. The cyclical nature of depressed mood and future risk: Depression, rumination, and deficits in emotional clarity in adolescent girls. *J Adolesc*. 2015;42: 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.03.015>
 39. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and

- Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* marzo de 2004;26(1): 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
40. Gratz KL, Bornovalova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, Lejuez CW. A Laboratory-Based Study of the Relationship Between Childhood Abuse and Experiential Avoidance Among Inner-City Substance Users: The Role of Emotional Nonacceptance. *Behav Ther.* 2007;38(3): 256-68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.006>
41. Contardi A, Benedetto F, Fabbricatore M, Tamburello S, Scapellato P, Penzo I, Tamburello A, Innamorati M. Difficoltà nella regolazione delle emozioni e disagio personale nei giovani adulti con ansia sociale. *Riv Psichiatr [Internet].* 2013;48(2). <https://doi.org/10.1708/1272.14040>
42. Mekawi Y, Watson-Singleton NN, Dixon HD, Fani N, Michopoulos V, Powers A. Validation of the difficulties with emotion regulation scale in a sample of trauma-exposed Black women. *J Clin Psychol.* 2021;77(3): 587-606. <https://doi.org/10.1002/jclp.23036>
43. Miller AE, Racine SE. Emotion regulation difficulties as common and unique predictors of impulsive behaviors in university students. *J Am Coll Health.* 2020; 1-9. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1799804>
44. Peh CX, Shahwan S, Fauziana R, Mahesh MV, Sambasivam R, Zhang Y, Ong SH, Chong SA, Subramaniam M. Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child Abuse Negl.* 2017;67: 383-90. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
45. Fraley RC, Shaver PR. Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(5): 1080-91. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.73.5.1080>
46. Mikulincer M, Florian V. The association between spouses' self-reports of attachment styles and representations of family dynamics. *Fam Process.* 1999;38(1): 69-83. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00069.x>
47. Mikulincer M, Orbach I. Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(5): 917-25. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.68.5.917>
48. Herman JL. *Trauma and recovery.* New York: Basic books; 2009.
49. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press; 1993. 558 p.
50. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2): 348-62. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
51. Mikulincer M, Shaver PR. Adult Attachment and Emotion Regulation. En: Cassidy J, Shaver PR, editores. *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications.* 3rd edition. New York: Guilford Press; 2016.
52. Waters HS, Waters E. The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attach Hum Dev.* 2006;8(3): 185-97. <https://doi.org/10.1080/14616730600856016>
53. Alexander R, Feeney J, Hohaus L, Noller P. Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Pers Relatsh.* 2001;8(2): 137-52. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x>
54. Birnbaum GE, Orr I, Mikulincer M, Florian V. When Marriage Breaks Up-Does Attachment Style Contribute to Coping and Mental Health? *J Soc Pers Relatsh.* 1997;14(5): 643-54. <https://doi.org/10.1177/0265407597145004>
55. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. En: Simpson JA, Rholes WS, editores. *Attachment theory and close relationships.* New York: Guilford Press; 1998.
56. Lussier Y, Sabourin S, Turgeon C. Coping Strategies as Moderators of the Relationship between Attachment and Marital Adjustment. *J Soc Pers Relatsh.* diciembre de 1997;14(6): 777-91. <https://doi.org/10.1177/0265407597146004>

57. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol.* 1993;64(5): 817-26. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.5.817>
58. Simpson JA, Rholes WS, Nelligan JS. Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *J Pers Soc Psychol.* 1992;62(3): 434-46. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.3.434>
59. Turan B, Osar Z, Turan JM, Ilkova H, Damci T. Dismissing Attachment and Outcome in Diabetes: The Mediating Role of Coping. *J Soc Clin Psychol.* 2003;22(6): 607-26. <https://doi.org/10.1521/jscp.22.6.607.22933>
60. Van Emmichoven IAZ, Van Ijzendoorn MH, De Ruiter C, Brosschot JF. Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Dev Psychopathol.* 2003;15(1): 219-37. <https://doi.org/10.1017/s0954579403000129>
61. Guzmán M, Figueroa P, Trabucco C, Vilca D. Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. *Psykhé Santiago.* 2016;25(1): 1-13. <https://doi.org/10.7764/psykhe.25.1.706>
62. Rodríguez Vasquez ME. Apego adulto y regulación emocional en estudiantes de universidades privadas de Lima. [Lima, Perú]: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2021. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19565>
63. Ozeren GS. The correlation between emotion regulation and attachment styles in undergraduates. *Perspect Psychiatr Care.* 2021; ppc.12902. <https://doi.org/10.1111/ppc.12902>
64. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scand J Psychol.* 2021;62(3): 312-20. <https://doi.org/10.1111/sjop.12717>
65. Yaghoubipoor M, Seyed Bagheri SH, Khoshab H. The mediating role of difficulties in emotion regulation on attachment styles of adolescents with conduct disorders. *Int J Adolesc Med Health.* 2019;33(5): 20180260. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2018-0260>
66. Brody LR, Hall JA. Gender, Emotion and Expression. En: Lewis M, Haviland-Jones JM, editores. *Handbook of emotions.* 2. ed., paperback ed. New York (NY): Guilford Press; 2000.
67. Tamres LK, Janicki D, Helgeson VS. Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personal Soc Psychol Rev.* 2002;6(1): 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
68. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2): 226-44. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>

ANEXOS

Anexo I. Cuestionario socio-demográfico.

INFORMACIÓN GENERAL

ID (Iniciales de nombre y apellidos)=:	Fecha de recogida: dd/mm/aaaa:
Peso actual (kg):	Talla actual (en metros):
Fecha de nacimiento:	Curso escolar:
Edad:	
Localidad de residencia:	Convivencia: Ambos padres: Madre: Padre: Abuelos: Otros:
Profesión madre (actividad laboral):	Profesión padre (actividad laboral):

Anexo 2. Cuestionario de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), adaptación al castellano.

DERS

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

Clave
(i=inversos)

Atención-Desatención: 2(i), 6 (i), 7 (i), 9 (i)
Claridad-Confusión: 1(i), 4, 5, 8
Aceptación-Rechazo: 10, 11, 18, 19, 20, 23, 24
Funcionamiento-Interferencia: 12, 16, 21, 27
Regulación-Descontrol: 3, 13, 14, 15, 17, 22, 25, 26, 28

Anexo 3. Cuestionario Ca-Mir-R (evaluación del apego).

CAMIR-R

Balluerka,N; Lacasa,F,(2011)¹

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

		Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	5	4	3	2	1
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	5	4	3	2	1
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	5	4	3	2	1
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	5	4	3	2	1
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	5	4	3	2	1
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	5	4	3	2	1
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	5	4	3	2	1
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	5	4	3	2	1
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	5	4	3	2	1
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	5	4	3	2	1
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	5	4	3	2	1
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	5	4	3	2	1
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	5	4	3	2	1
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	5	4	3	2	1
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	5	4	3	2	1
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	5	4	3	2	1
17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	5	4	3	2	1

1 Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

Anexo 3. Cuestionario Ca-Mir-R (evaluación del apego) (Continuación).

24

18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	5	4	3	2	1
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	5	4	3	2	1
21	Siento confianza en mis seres queridos	5	4	3	2	1
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	5	4	3	2	1
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	5	4	3	2	1
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	5	4	3	2	1
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	5	4	3	2	1
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	5	4	3	2	1
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	5	4	3	2	1
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	5	4	3	2	1
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	5	4	3	2	1
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	5	4	3	2	1
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	5	4	3	2	1
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	5	4	3	2	1

Iria Bello ^{1*}
Ana Conseglieri ²
Carmen Suárez ²
Cristina del Álamo ²
Maria Auxiliadora Molina ²

1. Hospital de Día Adolescentes Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.
2. Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Iria Bello Rodríguez
Correo electrónico: iria.bello@salud.madrid.org

Análisis del programa ARSUIC en la población infanto-juvenil del Hospital Universitario Infanta Cristina

Analyses the ARSUIC Suicide Risk Care Program in Children and Adolescents in the Hospital Universitario Infanta Cristina

RESUMEN

Introducción: Este artículo pretende analizar los resultados del Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) explotando los datos recogidos en su registro para estudiar la conducta suicida, centrándonos en este caso en analizar los mecanismos y factores que influyen en su aparición en la población infanto-juvenil. **Métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyen los casos de menores de 18 años atendidos por conducta suicida en el Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC) en Parla, Madrid, durante el período comprendido entre 2017 y 2019 con una muestra de 39 pacientes que cumplían criterios para ser incluidos en dicho programa. **Resultados:** La media de edad de la población estudiada fue de 16,61 años, con disparidad entre los distintos sexos, siendo el 74,36% de los casos niñas. En cuanto al tipo de conducta se observó que un 69,23% fueron intoxicaciones medicamentosas, un 10,26% daños físicos severos, un 2,56% ingesta de cáusticos y en un 17,95% se registró ideación autolítica sin paso al acto. Del total de casos, el 25,64% presentaron conductas reincidentes. Dentro de los determinantes biológicos de salud se encontró que el 33,33% presentaba algún tipo de comorbilidad y el 30,77% antecedentes familiares en Salud Mental. Con respecto a los factores sociales se advirtió que un 38,46% de la muestra correspondía a población migrante y que el 23,08% pertenecía a familias que presentaban algún tipo de problemática socioeconómica grave.

ABSTRACT

Introduction: This article analyses the results of the Suicidal Risk Programme (ARSUIC) for the study of suicidal behaviour, focusing on mechanisms and factors that promote its appearance in child and adolescent population. **Methods:** A retrospective study including cases of children under 18 years of age treated for suicidal behaviour at the Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC) in Parla, Madrid, between 2017 and 2019 with a sample of 39 patients who met criteria to be admitted to the program. **Results:** The mean age of the population studied was 16.61 years. Gender disparity was observed, with 74.36% of females. Regarding the type of behaviour, 69.23% used drug intoxication, 10.26% physical injuries, 2.56% ingestion of caustics and 17.95% presented suicidal ideation without acting out. Of all cases, 25.64% presented recurrent behaviours. Among the biological determinants, 33.33% of cases had some type of comorbidity and 30.77% had a family history of mental health. Concerning social factors, 38.46% of the sample were migrants and 23.08% belonged to families with some type of serious socio-economic problem. **Conclusions:** Despite being a small sample and in a specific health area, we consider that in light of the results presented, factors such as gender, family history of mental health problems, the existence of associated medical illnesses, or a low socioeconomic

26 Conclusiones: A pesar de que se trata de una muestra pequeña en un distrito sanitario concreto, se considera que, según los resultados obtenidos, factores como el sexo, antecedentes familiares en salud mental, la existencia de enfermedades médicas asociadas o un nivel socioeconómico bajo, son condicionantes externos a tener en cuenta a la hora de estudiar la aparición de conductas suicidas y poder plantear el desarrollo de estrategias preventivas que permitan disminuir la frecuencia de las mismas.

Palabras clave: Suicidio, Psiquiatría infantil, Psiquiatría juvenil, Evaluación de programas.

level, are external determinants to be taken into account when studying the appearance of suicidal behaviour.

Keywords: Suicide, child psychiatry, adolescent psychiatry, Program evaluation.

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida es un fenómeno complejo de carácter multifactorial, donde intervienen determinantes biológicos, clínicos y sociobiográficos (1).

En España, los datos epidemiológicos sobre el suicidio sitúan esta conducta como la principal causa de muerte externa (2), siendo alarmante el aumento de prevalencia de intentos de suicidio y casos consumados en la población infanto-juvenil (3) motivo por el que se han elaborado Planes Estratégicos y programas específicos de intervención en las distintas Comunidades Autónomas para abordar dicha problemática (2) (4).

Acorde con lo anterior, el European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group (5) determinó como directrices para reducir el riesgo suicida, dos niveles de actuación complementarios, estableciendo estrategias tanto desde el ámbito de la salud pública (intervenciones escolares y restricción a medios letales), como desde los servicios sanitarios (abordaje de la conducta suicida por parte de equipos multidisciplinares y tratamiento farmacológico adecuado). Adicionalmente, instó a los gobiernos nacionales (5) a la creación de planes de prevención de suicidio.

Teniendo en cuenta lo previo y siguiendo las indicaciones de este grupo de trabajo, (5), diferentes

países han aplicado programas de prevención de la conducta suicida específicos, tales como la creación de un plan de seguridad en urgencias o el Brief Intervention and Contact (BIC) (6), observándose una tasa de defunciones por suicidio menor en el grupo que recibió esta intervención.

En este marco, en el año 2012, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) elabora el Programa de Atención al Riesgo Suicida (ARSUIC) para su implantación en toda la Comunidad de Madrid; con posterioridad en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 se perfilan distintas líneas de intervención (4), estando una de ellas dedicada a la prevención de la conducta suicida estableciendo actuaciones e indicadores para su ejecución y medida posterior.

Alineado con dicho plan se encuentra el Plan Estratégico de la Unidad de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental (UGCPSM) del Hospital Universitario Infanta Cristina (HUIC) de Parla 2017-2020 que define en su línea sobre suicidio, unos objetivos específicos entre los que se encuentra el programa ARSUIC. El HUIC atiende al Distrito sanitario de Parla con una población de 173.922 habitantes (municipio de Parla y la Mancomunidad Suroeste) (7). El municipio de Parla tiene un 22,64% de población extranjera, con nacionalidades de 121

países. El 20% proviene de la Unión Europea, y el 80% es extracomunitaria. Del total de 29.973 habitantes de población extranjera, un 23,15% se encuentra en el rango de 0 a 19 años (6.940 personas) (8). El nivel socioeconómico de la población es bajo, con una renta per cápita de las más inferiores de la Comunidad de Madrid y con una población que participa casi exclusivamente de los servicios sanitarios públicos.

El programa ARSUIC, implementado desde el año 2014, garantiza la continuidad asistencial de los pacientes con potencial riesgo suicida, asegurando una cita de seguimiento ambulatorio en el Centro de Salud Mental de referencia en el plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria o del Servicio de urgencias y con seguimiento continuado posterior.

El objetivo del presente estudio es analizar la conducta suicida en la población infanto-juvenil atendida en el HUIC, en el período comprendido entre los años 2017 y 2019 utilizando el Programa ARSUIC y analizando las características sociodemográficas y clínico-terapéuticas, con el fin de identificar los posibles factores de riesgo asociados. Se revisará además la tasa de reincidencia de dicha conducta.

Todo ello nos permitirá valorar la pertinencia de implantar programas específicos de prevención de la conducta suicida que incidan en el seguimiento, encaminados a abordajes más intensivos y específicos permitiendo así disminuir la repetición de las conductas en este tipo de población más vulnerable.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente trabajo se incluye a todos los pacientes menores de 18 años, atendidos en el Hospital Universitario Infanta Cristina, entre los años 2017 y 2019, que cumplieran criterios para ser atendidos en la Programa ARSUIC, siendo un total de 39 pacientes. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo, que analiza las características sociodemográficas de la muestra

Nuestro artículo se alinea con la definición de conducta suicida realizada por autores como Nock (9), de la Universidad de Harvard. En este punto, es importante señalar la diferente conceptualización del suicidio entre autores americanos y europeos. Si bien los primeros diferencian entre autolesión no suicida y conducta suicida (ideación, intento de

suicidio y suicidio consumado), los segundos utilizan el término autolesión para describir todos los actos intencionados de auto-envenenamiento o autolesión, independientemente del grado de intención suicida u otros tipos de motivación. Las razones por las que elaboramos nuestro artículo desde la óptica de autores americanos son las siguientes:

1. Entendemos que las autolesiones y la conducta suicida son fenómenos conceptual y fenomenológicamente distintos (3), diferenciándose en la intencionalidad, frecuencia y letalidad. Es por esto por lo que este estudio diferencia entre autolesión no suicida y conducta suicida. En consecuencia, las conductas registradas corresponden a ideación suicida y conductas con finalidad autolítica. A pesar de que en el plano teórico se trata de entidades bien diferenciadas, en la realidad clínica existe una progresión y solapamiento entre ambas, siendo en adolescentes una conducta común asociada al suicidio consumado (10).
2. El Programa ARSUIC está específicamente diseñado para evaluar la conducta suicida, esto es, valorar ideación e intentos de suicidio no consumados.

La conducta suicida es un fenómeno común en las urgencias psiquiátricas, estableciéndose esta atención como la puerta de entrada al sistema de salud mental. Junto con la utilización del registro -configurado a través del sistema informático de historia clínica electrónica SELENE-, de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por conducta suicida.

Para el análisis de datos se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos de ciencias de la salud (Medline, Scielo y Dialnet) y revisión de documentación anexa.

La recogida de la información estadística de las características sociodemográficas correspondientes al distrito sanitario de Parla al que atiende el HUIC se realizó a través de la base de datos estructurales DESVAN y anuario demográfico del Ayuntamiento de Parla.

Para el análisis estadístico de los datos se ha utilizado el programa Minitab® y se han ofrecido estadísticas descriptivas ilustrando diferentes parámetros de la muestra analizada, donde se incluyen características sociodemográficas y clínicas

como el tipo de conducta suicida y letalidad de la misma.

RESULTADOS

En el análisis de la conducta suicida de los menores de 18 años en el distrito sanitario descrito se registraron un total de 39 pacientes en el Programa ARSUIIC.

La media de edad observada fue de 16,61 años. En los datos obtenidos destacó la marcada disparidad entre los distintos sexos, siendo el 74,36% de los casos niñas.

En cuanto al tipo de conducta se observó que un 69,23% fueron intoxicaciones medicamentosas, un 10,26% daños físicos severos, un 17,95% ideaciones autolíticas y un 2,56% ingesta de cáusticos. (ver [Tabla 1](#)).

Tabla 1. Descriptivos de conducta suicida observada

Conducta suicida	Total %
Intoxicación medicamentosa	69,23%
Daño físico severo	10,26%
Ideación suicida	17,95%
Ingesta de cáusticos	2,56%

Del total de casos, el 25,6% presentaron conductas reincidentes.

Dentro de los determinantes biológicos de salud se encontró que el 33,33% presentaba algún tipo de comorbilidad —Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), enuresis, trastorno depresivo, migraña y enfermedad celíaca— y el 30,77% antecedentes familiares de contacto en Servicios de Salud Mental.

Con respecto a los factores sociales se advirtió que un 38,46% de la muestra correspondía a menores migrantes y que el 23,08% pertenecía a familias que presentaban algún tipo de dificultades socioeconómicas.

DISCUSIÓN

Consideramos relevante el abordaje de la conducta suicida al articularse como factor predictor de nuevos intentos de suicidio en el futuro así como de suicidios consumados (11). Asimismo, es importante destacar que la mayoría de los adolescentes que intentan suicidarse comunican su ideación antes de pasar al acto

(11), por lo que es importante reconocer y establecer de forma clara las señales de alarma -además de determinar los factores de riesgo y de protección de la conducta suicida- que permitan desarrollar estrategias preventivas eficaces.

Se han analizado variables sociodemográficas y clínicas que pueden influir en la conducta suicida. De los factores individuales se recogieron sexo, comorbilidad médica y antecedentes familiares en salud mental. En lo referente al sexo, los datos obtenidos corroboran los encontrados en la literatura científica (12), donde se hace evidente la paradoja de género, observando mayor prevalencia de conducta suicida en mujeres que en varones.

En cuanto a las comorbilidades, destacan la presencia tanto de enfermedades médicas como de salud mental. En este punto, conviene destacar que las enfermedades médicas suponen un estrés psicosocial en el menor y la familia, favoreciendo fenómenos cognitivos que pueden configurar un bajo autoconcepto. Por otro lado, las enfermedades psiquiátricas estudiadas (TDAH, depresión y enuresis) confirman resultados de estudios previos donde se señalan la influencia de ciertos componentes psicológicos y cognitivos como la impulsividad o la agresividad y biológicos, tales como una probable disfunción serotoninérgica, noradrenérgica y dopaminérgica (13).

Si bien no se ha analizado el impacto del uso de Internet en nuestra muestra, diferentes estudios indican que puede funcionar como un elemento bivalente, donde se pueden obtener influencias tanto positivas como negativas, configurándose simultáneamente como un factor de riesgo y de protección (14).

A pesar de la existencia de diferentes modelos explicativos de la conducta suicida (15,16,17), en todos se señala el peso del contexto como un factor relevante. Así, se ha demostrado (18) que las situaciones socioeconómicas deprimidas y los fenómenos migratorios funcionan como moduladores negativos de la conducta suicida, datos que se reflejan en nuestro análisis y que se deben tener en cuenta.

CONCLUSIONES

El poder analizar y conceptualizar los factores que intervienen en la conducta suicida es fundamental para prevenir y evitar recidivas, siendo uno de los objetivos de los programas preventivos, funcionando como factores sobre los que se debe actuar (11).

A pesar de que este estudio trata una muestra pequeña en un distrito sanitario concreto, hemos descrito las variables sociodemográficas y clínicas de los menores de 18 años que presentaron conducta suicida en nuestra área de salud. De esta manera, pretendemos visibilizar cuáles pueden ser potenciales factores de riesgo, identificándolos y teniéndolos en cuenta en el proceso de intervención, tales como ser mujer de 16 años, con comorbilidades médicas y proceder de un estrato socioeconómico bajo.

Este trabajo pretende ser el punto de partida de otros estudios de mayor tamaño muestral que incluyan el periodo de pandemia COVID-19 y que permitan profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, además de obtener nuevas herramientas que permitan optimizar los programas de prevención.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha sido financiado

NOTA

Los resultados preliminares del trabajo han sido presentados previamente en congreso AEPNyA enviado inicialmente para el congreso de junio de 2020, aceptado y publicado en el congreso de 2021.

REFERENCIAS

1. Daray FM, Grendas L, Rebok F. Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2016;73: 205-11.
<https://doi.org/10.31053/1853.0605.v73.n3.12457>
2. INE. [Internet]. Nota de prensa. Defunciones según causa de muerte, 2017.[consulta: 22 de febrero de 2021] Disponible en: http://www.infocoponline.es/pdf/edcm_ene_may_19_20.pdf
3. Cha CB, Franz PJ, Guzman EM, Glenn CR, Kleiman EM, Nock MK. Suicide among Youth: Epidemiology, (Potential) Etiology, and Treatment. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2018;59(4): 460-82.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
4. Comunidad de Madrid (2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. [Consulta 13 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
5. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2017;27(4): 418-21.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012>
6. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, De Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebush L, Tran Thi Thanh H. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9): 703-9.
<https://doi.org/10.2471/blt.07.046995>
7. Banco de datos estructurales Desvan (2020) [Internet] Disponible en (<http://www.madrid.org/desvan/desvan/run/j/Inicio.icm?enlace=desvan>).
8. Ayuntamiento de Parla (2020).[Internet] . Anuario demográfico 2020. Disponible en (<https://www.ayuntamientoparla.es/ficheros/anuario-demografico-2020.pdf>).
9. Nock, M. K. (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford University Press
10. Arensman E, Corcoran P, McMahon E. The iceberg model of self-harm: new evidence and insights. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018;5(2): 100-1.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30477-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30477-7)
11. Fonseca-Pedrero E. *Manual de tratamientos psicológicos: infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial Pirámide; 2021

12. Jans T, Vloet, TD, Taneli Y, Warnke A. Suicidio y conducta autolesiva (Irrarázaval M, Martín A. eds. Prieto-Tagle F, Vidal M trad.). En Rey JM (ed), Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines; 2017.
13. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of Suicidal Behavior. An Integration of Biological and Clinical Findings. Arch Suicide Res. 2008;12(2): 93-110.
<https://doi.org/10.1080/13811110701857004>
14. Molina MJ., Restrepo D. Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?. Pediatr. 2018;51(2): 30-39.
<https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>
15. Legido T. Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2012. Recuperado de: https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/17103/ TESIS_2012_TERESA_LEGIDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Fonseca-Pedrero E, Díez-Gómez A, de la Barrera U, Sebastian-Enesco C, Ortuño-Sierra J, Montoya-Castilla I, et al. Suicidal behaviour in adolescents: A network analysis. Rev Psiquiatr Salud.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.007>
17. González MG, García-Haro JM, García-Pascual H, Pérez MTS, Barrio-Martínez S, Voces J. Hacia un enfoque contextual-existencial del suicidio: recomendaciones para la prevención Towards a contextual-existential approach to suicide: recommendations for prevention. Clin Contemp. 2021;1(12):1-10.
<https://doi.org/10.5093/cc2021a3>
18. Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis DA, Cardamone G, Giallonardo V, Fiorillo A, Girardi P, Pompili M. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. Int. J. Environ. Res. Public Health. 15(7): 1438.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>

C. Nieto 

Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología.
Universidad Autónoma de Madrid-Spain. Asesora Técnica de la
Asociación de Padres de Personas con Autismo-APNA.

Correo electrónico: carmen.nieto@uam.es

Trastornos del espectro del autismo y condiciones psiquiátricas co-ocurrentes

Autism spectrum disorders and co-occurring psychiatric conditions

Estimada directora,
Los Trastornos de Espectro del Autismo (TEA) son trastornos del neurodesarrollo caracterizados por dificultades socio-comunicativas y conductas restrictivas y repetitivas. La población con TEA es extremadamente heterogénea, en torno al 50% presenta Discapacidad Intelectual (DI) asociada; aproximadamente el 40% no adquiere lenguaje. La prevalencia estimada es de al menos el 1% llegando en estudios recientes a tasas de 1 de cada 54 niños (1).

La co-ocurrencia de TEA y trastornos psiquiátricos está claramente detectada (2,3). En una reciente revisión paraguas, informan de la alta prevalencia de ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, bipolaridad, espectro de la esquizofrenia, suicidio, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta (3). Pueden darse a lo largo de todo el ciclo vital y se estima que cerca del 70% de las personas con TEA presentan o presentarán al menos un trastorno psiquiátrico comórbido (3). Afortunadamente, hay un crecimiento exponencial de investigaciones vinculadas a la salud mental de las personas con TEA, pero se detectan claros sesgos hacia el estudio de varones, con lenguaje y sin DI asociada. Aun así, ya se han identificado diferencias de sexo (3,4). (p.ej. ratios mayores de depresión y suicidio en mujeres); y altas prevalencias de condiciones psiquiátricas en personas con TEA y DI asociada (5). Es necesario trabajar para esclarecer la relación entre TEA y esa alta co-ocurrencia psiquiátrica (6). ¿Estamos ante una co-morbilidad real? ¿Son procesos específicos del TEA los que llevan a esas manifestaciones

sintomáticas? o ¿es posible que sean altos niveles de factores transdiagnósticos asociados al TEA los que están generando esa alta co-ocurrencia? (7).

Buscando explicación a la co-ocurrencia

Las personas con TEA están en mayor riesgo de sufrir no solo problemas de salud mental sino también de salud física (5). El riesgo de autismo es mayor si los progenitores presentan esquizofrenia o trastorno bipolar (8). Esto podría llevarnos a argumentar en favor de una vulnerabilidad biológica. Por otro lado, las características de funcionamiento cognitivo del TEA (dificultades mentalistas, de comunicación, atipicidad sensorial...) podrían estar exponiéndoles a mayores niveles de estrés y malestar, lo que a su vez podría incrementar el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico; o quizá las características del TEA están dando lugar a configuraciones de patrones conductuales similares a trastornos psiquiátricos pero secundarios (7). Quizá las estrategias de afrontamiento que ponen en marcha las personas con TEA sean inadecuadas e incrementen la vulnerabilidad a esa co-ocurrencia (p.e. *camuflaje*) (9). También podemos buscar factores fuera de la explicación biológica y de las características del autismo. Los factores de protección y vulnerabilidad que afectan a la población general es probable que también tengan su efecto en esta población (experiencias de vida -*bullying* y autoconcepto negativo (10), padres con elevados niveles de estrés, ansiedad y/o depresión, redes sociales pobres...). Por último, podríamos manejar la hipótesis metodológica. ¿Quizá medimos mal? ¿Las herramientas de evaluación disponibles nos llevan a

un sobrediagnóstico de trastornos psiquiátricos comórbidos? ¿Sería aún posible un infradiagnóstico?

Abordaje actual

Esta población plantea grandes retos tanto en detección y diagnóstico como en intervención. En primer lugar, parte de las características cognitivas del TEA son las dificultades para identificar e informar de su estado. En segundo lugar, la heterogeneidad de los síntomas a través de los diferentes niveles de funcionamiento es aún poco conocida (6). Tercero, escasez de herramientas de evaluación adaptadas a esta población. Cuarto, merece la pena revisar el modo en el que los profesionales se enfrentan al reto de la atención sanitaria a estas personas. Un paciente con autismo parece que tiene riesgo de que la etiqueta TEA *eclipse* (3,6) el resto de sintomatología. Quinto, los mismos protocolos de atención que se aplican serían ya una barrera para una adecuada identificación del problema (p.ej. tiempos de evaluación insuficientes). En relación con la intervención, son frecuentes los tratamientos farmacológicos, aunque la investigación sobre su uso es en aún limitada (6). Igualmente, escasa es la investigación sobre intervenciones psicológicas (6).

A modo de síntesis

Tenemos ante nosotros diferentes e importantes desafíos (2-3,6-7):

a) Investigación. Es necesario investigar los mecanismos y trayectorias que conducen a esta co-ocurrencia introduciendo el estudio tanto de factores biológicos como experienciales. *Desenredar*³ el desarrollo temporal de las condiciones psiquiátricas y el TEA. Estudiar no solo la aparición, sino también la evolución de las diferentes condiciones psiquiátricas. Parte importante de los retos de investigación es lograr adaptar o desarrollar nuevas herramientas de evaluación para esta población. Marcar como objetivo esclarecer la variabilidad fenotípica de los síntomas de las diferentes condiciones psiquiátricas a través de los diferentes niveles de severidad. Introducir la variable género como variable de estudio.

- b) Atención sanitaria.** Los protocolos de atención a personas con TEA deben ser revisados garantizando que hacen posible una evaluación adecuada (p.ej. personalizada, holística y multidisciplinar). Pero también tenemos una tarea pendiente en relación con la formación específica que se está proporcionando a los futuros profesionales de la salud.
- c) Transformación social.** Como sociedad se debe reflexionar sobre las experiencias de vida que van acumulando las personas con TEA. Los factores de riesgo a los que están tan altamente expuestos. La sociedad actual parece estar llevando, por ejemplo, a camuflar el autismo con consecuencias en el autoconcepto. Las oportunidades de hábitos de vida saludable están seriamente amenazadas, especialmente en personas con mayor severidad del trastorno, empeorando, además, a medida que avanza la edad. En el futuro está también la adecuada implementación de medidas preventivas y de promoción de la salud mental.

REFERENCIAS

1. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRiezo M, Christensen DL, Christensen D, Wiggins LD, Pettygrove S, Andrews JG, Lopez M, Hudson A, Baroud T, Schwenk Y, White T, Robinson Rosenberg C, Lee L, Harrington RA, Huston M, Hewitt A, Esler A, Hall-Lande J, Poynter JN, Hallas-Muchow L, Constantino JN, Fitzgerald RT, Zahorodny W, Shenouda J, Daniels JL, Warren Z, Vehorn A, Salinas A, Durkin MS, Dietz, PM. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016. *MMWR Surveill Summ.* 2020;69(4): 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
2. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ., Ahmed HU, Purohit N. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res.* 2020;287: 112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>

3. Lai MC, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(10): 819-829. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30289-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30289-5)
4. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: A population-based study. *Psychol Med*. 2020; 50(9): 1463-1474. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001405>
5. Bishop-Fitzpatrick L, Rubenstein E. The physical and mental health of middle aged and older adults on the autism spectrum and the impact of intellectual disability. *Res Autism Spectr Disord*. 2019;63: 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.01.001>
6. Rosen TE, Mazefsky CA, Vasa RA, Lerner MD. Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *Int Rev Psychiatry* 2018;30(1): 40-61. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1450229>
7. Rodriguez-Seijas C, Gadow KD, Rosen TE, Kim H, Lerner MD, Eaton NR. A transdiagnostic model of psychiatric symptom co-occurrence and autism spectrum disorder. *Autism Research*. 2020;13(4): 579-590. <https://doi.org/10.1002/aur.2228>
8. Sullivan PF, Magnusson C, Reichenberg A, Boman M, Dalman C, Davidson M, et al. Family history of schizophrenia and bipolar disorder as risk factors for autism. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(11): 1099-1103. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.730>
9. Bernardin CJ, Mason E, Lewis T, Kanne S. You Must Become a Chameleon to Survive: Adolescent Experiences of Camouflaging. *J Autism Dev Disord*. 2021; 51: 1-14. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04912-1>
10. Van Roekel E, Scholte RHJ, Didden R. Bullying among adolescents with autism spectrum disorders: Prevalence and perception. *J Autism Dev Disord*. 2010;40: 63-73, <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0832-2>

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

- La bibliografía sigue las directrices señaladas en estas Normas de Publicación (no hacerlo podrá ser motivo de no aceptación)
- Siempre que sea posible, se han proporcionado los DOI para las referencias. En el caso de ser referencias web, se ha proporcionado la URL.
- Los autores han incluido las responsabilidades éticas y los conflictos de interés.
- Los casos clínicos se acompañan de un consentimiento informado, siguiendo las indicaciones del Committee on Publication Ethics (COPE). Se puede obtener un modelo de consentimiento informado en la 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). Tiene la finalidad de participar, a través de su publicación, en la mejora de la calidad de la asistencia clínica, la investigación, la docencia y la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente. Por ello, está interesada en la publicación de manuscritos que se basen en el estudio de estos contenidos desde diversos puntos de vista: genético, epidemiológico, clínico, psicoterapéutico, farmacológico, socio-sanitario, etc., así como desde el punto de vista social, cultural y económico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

* Se mencionarán todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras

“et al.”. Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

*** El número es optativo si la revista dispone de nº de volumen.

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

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

5. Comunicaciones a Congresos, Reuniones, etc.: Autor/es. Título completo de la comunicación. En: nombre completo del Congreso, Reunión, etc. Lugar de celebración, fechas (Coon ET, Shaw BE, Spiegelman M. *Impacts of faulty geometry on fault system behaviors*. 2009 Southern California Earthquake Center Annual Meeting. Palm Springs, California. September 12-16, 2009.

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

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

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la

correspondiente actividad de tratamiento titularidad de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA).

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

Los autores de los artículos originales deben presentar una descripción precisa del trabajo realizado, los

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

40 LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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

LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

DEBERES DE LOS EDITORES

DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN

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

JUEGO LIMPIO

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

CONFIDENCIALIDAD

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

DEBERES DE LOS REVISORES

CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

La revisión por pares es un componente esencial de la comunicación académica formal y está en el centro del método científico. La revisión por pares ayuda al editor a tomar decisiones editoriales. Las comunicaciones editoriales con el autor también pueden ayudar a los autores a mejorar el artículo. La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* comparte la opinión de que todos

los académicos y autores que desean contribuir a las publicaciones tienen la obligación de hacer una buena parte de la revisión, de ahí que se solicite a los autores de artículos de la *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil*, su ayuda en revisar manuscritos.

PRONTITUD

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

CONFIDENCIALIDAD

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

NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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