

## EDITORIAL

### Lectura veraniega

*Inmaculada Baeza* ..... 1

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Desarrollo y evaluación del programa de atención preferente a población infantil y adolescente en situación de crisis de salud mental

*C. Díaz Téllez, L. González Muñoz, M. Llobet Farré,  
L. Sastre Rodríguez, A. Morer Liñan, L. Lázaro García* ..... 3

### Experiencia subjetiva de los niños durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo

*L. García Murillo, L. Mallol Castaño, M. Díaz de Neira, B. Isidoro Fernández,  
A. Forti Buratti, A. Muñoz Domenjé, H. Blasco Fontecilla, I. Palanca Maresca* ..... 12

### Evolución del impacto psicopatológico al año del confinamiento por COVID-19 en menores con patología psiquiátrica previa y en sus familiares o cuidadores

*C. Domínguez Martín; E. Martín Arranz,  
J. Martínez Fernández, A. Díez Revuelta* ..... 21

### Adaptación del instrumento Autism Impact Measure al servicio de psiquiatría y psicología infantojuvenil del hospital clínic de Barcelona: un estudio Delphi

*A. Tapia Córcoles R. Calvo Escalona R. Nicolau Palou* ..... 41

## ARTÍCULOS HISTÓRICOS

### Figuras de la psiquiatría infantil en España: el Dr. D. Agustín Serrate Torrente y la unión europea de paidopsiquiatras (uep)

*M. Velilla-Picazo, P. M. Ruiz-Lázaro* ..... 59

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 67

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512  
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2022;39(3)

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

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

*Inmaculada Baeza*

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

[dirección.revista@aepnya.org](mailto:dirección.revista@aepnya.org)

### Secretaría

*Paloma Varela*

Hospital de Mataró, Barcelona.

[secretaria.revista@aepnya.org](mailto: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 DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685.

Secretaría Técnica AEPNYA

[secretaria.tecnica@aepnya.org](mailto: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>

**Inmaculada Baeza** 

Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universitat de Barcelona, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v39n3a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n3a1)

Correo electrónico: [direccion.revista@aeponya.org](mailto:direccion.revista@aeponya.org)

---

## *Lectura veraniega*

Cada verano, cuando se preparan las vacaciones, una pieza destacada en el equipaje es la lectura que nos puede acompañar en esos días. Por si todavía les quedan vacaciones para disfrutar este año, o para veranos venideros, les recomiendo el libro titulado: “La elegancia del erizo”, de la escritora francesa Muriel Barbery (1). El libro, que a continuación voy a comentar brevemente, puesto que permite realizar unos apuntes reflexivos sobre la salud mental en niños y adolescentes, que pueden ligarse con los artículos publicados en este número de la revista.

Una de las protagonistas de “La elegancia del erizo” es una niña de 12 años de clase acomodada, francesa, que ha decidido suicidarse al finalizar el curso escolar. La autora ha captado un tema de gran importancia en los últimos años, a pesar de que el libro está publicado en 2006. A lo largo del libro se describe el malestar que siente y se van refiriendo los motivos que aduce para querer acabar con su vida, que tienen que ver con su núcleo familiar principalmente: su padre, que está todo el día trabajando sin preocuparse realmente por su familia; su madre, que predica lo que no cumple, preocupada por la imagen exterior y poco por el clima familiar; su hermana, que va de aparentemente “perfecta”. No les comentaré nada más del libro, pero llama la atención cómo se desgrana el pensamiento de la niña a modo de “pensamientos profundos”. La idea de las dificultades en la familia nuclear me parece esencial en el libro. Y ¿qué relación tiene con la salud mental de los niños y adolescentes de 2022?

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2), la pandemia de COVID-19 ha desencadenado un aumento de la prevalencia de ansiedad y depresión en un 25% en todo el mundo, remarcando que los jóvenes son especialmente vulnerables, sobre todo en relación a las autolesiones

y la conducta suicida. Dos estudios realizados en España se detallan en este número (Domínguez y cols., y García-Murillo y cols.) sobre el impacto del COVID-19 en los niños, y, especialmente en aquéllos con patología psiquiátrica. ¿Qué ha sucedido con la pandemia de COVID? ¿Se ha puesto de manifiesto la falta de mecanismos de los menores para enfrentarse a problemas, para adaptarse a situaciones nuevas? Parece que hay una serie de cambios sociales que podrían colaborar a aumentar la vulnerabilidad de niños y adolescentes, reduciendo sus capacidades o estrategias para afrontar el día a día. Según la OMS (3), los cambios físicos, emocionales, sociales, incluyendo la pobreza, el abuso o la violencia pueden llevar a los adolescentes a ser vulnerables a los problemas de salud mental. Habría que añadir y detallar, otros más: la inestabilidad familiar —separaciones, migraciones, diferentes cuidadores, divorcios y nuevas parejas de los padres—, la inestabilidad de país, de cultura —padres de diferentes culturas, migraciones familiares o sin adultos acompañantes—, los roles poco claros en los padres o cuidadores, la falta de límites, de modelos, de cultura del esfuerzo, de respecto a la autoridad, a las instituciones, con pocos modelos externos a los cuales imitar, la presión de las redes sociales, la influencia de los medios de comunicación, entre otros factores.

El resultado de la pandemia de COVID es, pues, un aumento de los problemas de salud mental, un aumento de las consultas a urgencias psiquiátricas (4), de las hospitalizaciones (5) a los que hay que dar solución, y se buscan diferentes modelos y dispositivos para afrontar esta particular “epidemia”, como el que se presenta del Programa de Atención Preferente en el artículo de Díaz y cols.

Así, pues, reflexionemos sobre lo que observamos a nuestro alrededor, sin dejar de saborear buenas lecturas, ya sean novelas, ya artículos científicos.

---

## REFERENCIAS

1. Barbery M. La elegancia del erizo. Barcelona: Editorial Seix Barral; 2012
2. World Health Organization. COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide; 2022 Mar 22 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
3. World Health Organization. Adolescent mental health; 2021 Nov 17 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health#:~:text=Physical%2C%20emotional%20and%20social%20changes,vulnerable%20to%20mental%20health%20problems>
4. Hernández-Calle D, Andreo-Jover J, Curto-Ramos J, García Martínez D, Valor LV, Juárez G, Alcamí M, Ortiz A, Iglesias N, Bravo-Ortiz MF, Vega BR, Martínez-Alés G. Pediatric Mental Health Emergency Visits During the COVID-19 Pandemic. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol.* 2022 Jun 12;10(1): 53-57. } <https://doi.org/10.2478/sjcapp-2022-0005>
5. Palomar-Ciria N, Blanco del Valle P, Bello HJ. Aumento de la demanda de ingresos de menores en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Asistencial de Soria en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2021;38(4). <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/413>

C. Díaz Téllez <sup>1</sup> \*   
L. González Muñoz <sup>1</sup>   
M. Llobet Farré <sup>1</sup>   
L. Sastre Rodríguez <sup>1</sup>   
A. Morer Liñan <sup>1,2</sup>   
L. Lázaro García <sup>1,2</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Clínic, Barcelona, España.  
<sup>2</sup> CIBERSAM

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Cristina Díaz Téllez  
Correo: [crdiaz@clinic.cat](mailto:crdiaz@clinic.cat)

*Desarrollo y evaluación del programa de atención preferente a población infantil y adolescente en situación de crisis de salud mental*

*Development and evaluation of a priority care program for children and adolescents in a situation of mental health crisis*

---

## RESUMEN

**Introducción:** Se presenta la implantación de un nuevo programa de atención preferente en población infantil y adolescente en el Hospital Clínic de Barcelona. Este programa surge tras el incremento de menores atendidos en urgencias de psiquiatría y el aumento de demanda de ingreso para esta población. El objetivo es atender a estos pacientes de forma prioritaria, favorecer la estabilización de su patología y tratar de evitar el ingreso hospitalario. **Método:** Se estudian los pacientes atendidos durante los 6 meses de funcionamiento del programa (entre el 13 de septiembre de 2021 y el 13 de marzo de 2022). **Resultados:** Se atendieron un total de 124 pacientes, 44 derivados para ingreso y 80 derivados desde el servicio de urgencias. Se han realizado 378 visitas y 402 coordinaciones con otros dispositivos asistenciales, servicios sociales y escolares. Desde su derivación a la primera intervención transcurrió una media de 1,5 días laborables. Un elevado porcentaje de pacientes presentaban ideación o tentativas autolíticas (54%). En un 59,6% de los pacientes se realizaba seguimiento psicosocial. Se evitó el ingreso hospitalario en 58,3% de los pacientes. **Conclusión:** Este programa se muestra como una respuesta útil y eficaz para ayudar en las situaciones de psicopatología aguda asociada a

## ABSTRACT

**Introduction:** the implementation of a new mental health priority care program for child and adolescent population at the Hospital Clínic of Barcelona is presented. This program arises after the increase of underage patients who have required a consultation in the emergency psychiatric services or to be hospitalised in a psychiatric ward. The mains goals are to perform an early assistance of these minors helping them stabilize and avoid hospital admission. **Methods:** patients attended in the first 6 months are included (between September 13th 2021 and March 13th 2022). **Results:** 124 patients were attended, 44 were referred for hospitalization and 80 were referred after been attended in the emergency department. 378 visits and 402 meetings with other services were carried out (schools, social services, other health services). It took an average of 1,5 working days to make the first appointment. Most patients had suicide thoughts (54%). 59,6% of the attended patients were assisted by city social services. Hospital admission was avoided in 58.3% of patients. **Conclusions:** This program is shown to be a useful and effective response to help underage patients in an acute psychopathological destabilization.

4

complejidad psicosocial de esta población. Los factores de riesgo psicosocial estuvieron presentes en gran parte de los pacientes, por lo que es importante una intervención multidisciplinar. Gracias a la intervención realizada, se recondujo la situación en gran parte de los pacientes, priorizando un tratamiento ambulatorio en colaboración con la red comunitaria.

**Palabras clave:** Intervención en crisis, menores, factores psicosociales, hospitalización aguda.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) y las medidas de confinamiento adoptadas han tenido importantes repercusiones en la salud mental tanto de adultos como de niños y adolescentes. Durante este tiempo, han sido diversos los estresores a los que esta población ha estado expuesta, como la separación de sus familiares y amigos, el absentismo escolar, presenciar o convivir con miembros enfermos y/o el fallecimiento de seres queridos debido al virus (1).

El confinamiento supuso para la población infantil y adolescente vivir aislados de su red socio-familiar, enfrentarse a la incertidumbre de los acontecimientos, generando ansiedad y en muchos casos pérdida de motivación, y suponiendo el aumento del uso de internet y las redes sociales (2). Pese a que en otros tantos menores el confinamiento ha sido una oportunidad para una mayor relación, supervisión e interacción familiar, también se han visto aumentadas las situaciones de conflicto familiar, pudiendo, en ocasiones, estar expuestos a más violencia doméstica o a diversas formas de maltrato. Estos hechos se han visto agravados por la dificultad para identificar estos signos de abuso al tener un contacto más limitado con personas externas y al no funcionar a plena capacidad muchos servicios legales y preventivos. Además, gran parte de los recursos sanitarios estaban enfocados exclusivamente en la COVID-19 (3).

Son varios los estudios que han puesto en evidencia el aumento de síntomas y un empeoramiento de los trastornos mentales que previamente padecía esta población. Se ha descrito aumento de irritabilidad, problemas de atención, mayor oposicionismo, fatiga,

Social risk factors were present in most patients, so a multidisciplinary approach is required. Thanks to a close collaboration with the community network, an outpatient treatment was possible in most of the minors attended.

**Keywords:** Attachment, internal working models, types of attachment.

problemas de sueño, ansiedad, tristeza, aislamiento, trastornos somáticos durante este período (4,5).

A pesar de que algunos estudios han encontrado una disminución de los ingresos hospitalarios de niños y adolescentes durante el tiempo de confinamiento, se ha encontrado que la proporción de personas ingresadas debido a riesgo de suicidio y violencia fue mayor después del mismo (2). La disminución de las urgencias psiquiátricas durante el tiempo de confinamiento y de los ingresos podría deberse tanto al temor de los progenitores a llevar a sus hijos al hospital por el riesgo de contagio, como a que las fuentes primarias de derivación (escuelas y centros de atención de salud mental) estaban cerradas debido al confinamiento y los médicos de referencia de Pediatría y atención primaria centraban su actividad presencial en la detección y atención de la infección por COVID-19 (2). Respecto a la evolución de la asistencia a urgencias durante los meses posteriores al confinamiento, se ha visto un aumento en población adolescente, especialmente de chicas de 12 a 17 años por ideación o tentativas autolíticas (6,7). Se ha encontrado también un aumento significativo en las tasas de ideación suicida entre marzo y julio de 2020 (en comparación con las mismas fechas del año anterior), así como mayores intentos suicidas entre febrero y julio de 2020 (8).

Se definen los dispositivos de crisis como un conjunto de servicios para personas que experimentan una emergencia psiquiátrica, con el objetivo de estabilizar y mejorar los síntomas psicopatológicos, así como de proporcionarles un tratamiento adecuado. Los servicios de crisis generalmente implican la evaluación y detección de factores de riesgo, intervenciones breves centradas en soluciones y vinculación con la red o

con los recursos de atención comunitaria. Existen múltiples tipos de servicios de crisis en otros países, que van desde líneas telefónicas de triaje hasta equipos móviles de crisis y unidades de ingresos breves para la estabilización y observación de jóvenes. El objetivo de estas unidades es intentar evitar la asistencia de niños y adolescentes a urgencias, ofrecer una evaluación y tratamiento más adecuado y conseguir una buena coordinación con los servicios ambulatorios (9). Otros programas revisados ofrecían una atención ambulatoria intensiva, en el que gran parte de la población infantil y adolescente que les era derivada, lo hacía por ideación o tentativas autolíticas y en el que obtuvieron menores tasas de hospitalización y visitas posteriores al servicio de urgencias (10).

Los factores de riesgo psicosocial asociados a la pandemia y postpandemia de la COVID-19 han significado un incremento del volumen de pacientes menores de 18 años que han sido atendidos en los servicios de urgencias de psiquiatría de los hospitales y que han requerido ingreso hospitalario. Los colectivos más afectados son familias vulnerables con alto riesgo psicosocial. Por este motivo se justifica la creación de un dispositivo de crisis, diseñado como programa de atención preferente en salud mental de la infancia y la adolescencia en el Hospital Clínic de Barcelona que pueda atender a estos menores de forma prioritaria, ayudar a su estabilización mediante un plan terapéutico individualizado y devolverlos a la red comunitaria evitando en la medida de lo posible su estancia en el hospital. Este programa ha sido implementado en un hospital de tercer nivel que da cobertura a un área geográfica de unos 310.000 menores. En cuanto a la asistencia, la población diana es la población infantil y adolescente de la ciudad de Barcelona y su área metropolitana norte (Badalona y Santa Coloma de Gramanet), que presenta en el momento en que son atendidos una descompensación de su patología de base o una situación de mayor gravedad (o crisis) que puede requerir de asistencia a urgencias y/o ingreso. El equipo está formado por una psicóloga clínica y una trabajadora social a tiempo completo y una psiquiatra a media jornada, cuya función es atender la demanda urgente de forma integrada, evaluar la crisis en el contexto del paciente y su unidad familiar (o núcleo de convivencia), ofrecer estrategias para garantizar la seguridad y la desescalada de la crisis,

así como la formulación de un plan de intervención individualizado que permita devolver al paciente a su dispositivo asistencial de la red entre 1 y 4 semanas después.

El objetivo de este programa es doble, por una parte, se busca dar soporte a la lista de espera de ingresos programados, realizando una valoración previa de los pacientes derivados para intentar evitar ingresos en los casos en los que con un seguimiento más intensivo se puede reconducir la situación. Por otra parte, se pretende dar soporte a las urgencias de psiquiatría, tratando de re-vincular o vincular por primera vez a los pacientes a la red de salud mental y/o dar seguimiento más intensivo para intentar realizar una desescalada de la crisis que requirió acudir a urgencias. Este dispositivo trabaja en forma de visitas de seguimiento a nivel ambulatorio, con frecuencia variable y adaptándose a cada situación y paciente. Las visitas pueden realizarse de forma presencial o telefónica y se realizan visitas a domicilio en el caso de que sea necesario. Además, el programa hace énfasis en la coordinación con los equipos que intervienen y en el trabajo en red.

El objetivo de este trabajo es presentar la implantación de este programa de atención preferente en salud mental de la infancia y la adolescencia, describiendo las características de la población atendida durante los primeros meses de funcionamiento del programa y los detalles sobre las intervenciones realizadas.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Muestra

Se estudian pacientes valorados y atendidos en el programa desde la fecha en la que se empiezan a visitar (13 de septiembre de 2021) hasta el 13 de marzo del 2022, analizando los primeros seis meses de funcionamiento del dispositivo. Solo se han tenido en cuenta pacientes dados de alta en el programa hasta el 13 de marzo del 2022.

### Instrumentos de evaluación

Se examinaron las historias clínicas y se registraron variables sociodemográficas, variables clínicas (motivo de consulta, desencadenante de la crisis actual, factores

6

de riesgo social, ingresos previos y funcionalidad — Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG— y variables relacionadas con el seguimiento realizado en el programa (días hasta la intervención, días de intervención, número de visitas y coordinaciones realizadas, evitación del ingreso hospitalario tras la actuación del equipo y el recurso destino al final de la intervención). La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (11) evalúa el grado de funcionamiento de las personas con enfermedad mental (a menor puntuación, peor funcionamiento y menor grado de actividad), puntuándose este grado de actividad en una escala de 0 a 100.

### Análisis de datos

Se trata de un estudio retrospectivo sobre los pacientes valorados y atendidos en el programa de atención preferente, revisado y aceptado por el CEIM del Hospital Clínic.

Los datos recogidos se analizaron en términos de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos. Se analizó la relación entre las diversas variables estudiadas y los pacientes según el circuito de derivación del que procedían mediante la prueba t de Student para medidas independientes y la prueba Chi-cuadrado. Todos los análisis estadísticos se realizaron con SPSS v24.0 para Windows.

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas y clínicas

En este periodo se han atendido un total de 124 pacientes, de los cuales 44 fueron derivados desde los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y Hospitales de Día de Adolescentes de zona, dentro del circuito de ingreso, y 80 fueron derivados desde las urgencias de psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona. De todos los pacientes atendidos en el periodo registrado, el 70,20% de ellos era de sexo femenino y con una media de edad de 14,65 años ( $\pm 1,78$ ).

La zona del centro de referencia de salud mental de la mayoría de los pacientes atendidos era Barcelona (54%) y Badalona (32,30%), seguido de Santa Coloma de Gramanet (8,90%) y de otros sectores (4,80%), en los cuales, pese a no ser estrictamente la zona de

referencia, se intervino para hacer el enlace con su área de salud comunitaria.

Respecto al motivo de consulta por el que eran atendidos, el mayor porcentaje fue por ideación o tentativas autolíticas (54%), seguido de alteraciones conductuales (27,40%), ansiedad (10,50%) y sintomatología alimentaria (8,10%). Respecto al EEAG que presentaban los pacientes a nuestra valoración inicial la media era 41,29 ( $\pm 15,98$ ).

Se identificó en cada uno de los pacientes el desencadenante o disparador de la crisis que en ese momento acontecía y que precisaba de atención a urgencias o de propuesta de ingreso hospitalario. En un 46,80% de los pacientes, el desencadenante fue por problemas en la red de salud mental (derivados de la saturación de recursos, falta de profesionales y bajas laborales que ocasionaban anulaciones o retrasos en las visitas...), seguido de desestabilización de su trastorno de base (21%), estresor social o evento traumático (16,90%), dificultades del propio paciente para vincularse o mantener la adherencia al tratamiento (8,10%) y estresor escolar (7,30%).

Se detectaron los factores de riesgo psicosocial que presentaba cada paciente, pudiendo presentar un mismo paciente más de un factor de riesgo. Únicamente 23 pacientes (18,54%) no presentaron ningún factor de riesgo psicosocial. Los factores de riesgo psicosocial detectados se detallan en la [tabla 1](#).

**Tabla 1.** Factores de riesgo psicosocial.

Factor de riesgo psicosocial	Frecuencia	Porcentaje
Maltrato físico y/o psicológico y/o negligencia	29	11
Abuso sexual	28	10,6
Absentismo escolar o falta de escolarización	14	5,3
Padres o tutores minimizadores o que no entienden las dificultades	41	15,5
Dificultad para poner límites o seguir pautas	19	7,2
Distocia familiar	30	11,4
Patología mental en familiar de primer grado	49	18,6
Violencia de género	9	3,4
Situación económica, laboral o de vivienda precaria	14	5,3
Bullying	31	11,7
TOTAL	264	100

Se han atendido pacientes de elevada complejidad psicosocial, en los que en el 59,60% de los pacientes se realizaba previamente algún tipo de seguimiento/intervención social (ver figura 1).

También se encontraron diferencias significativas por lo que respecta al número de ingresos previos ( $p=0,031$ ), presentando mayor número de ingresos previos en el circuito de derivación para ingreso (ver tabla 3).

### Seguimiento Social

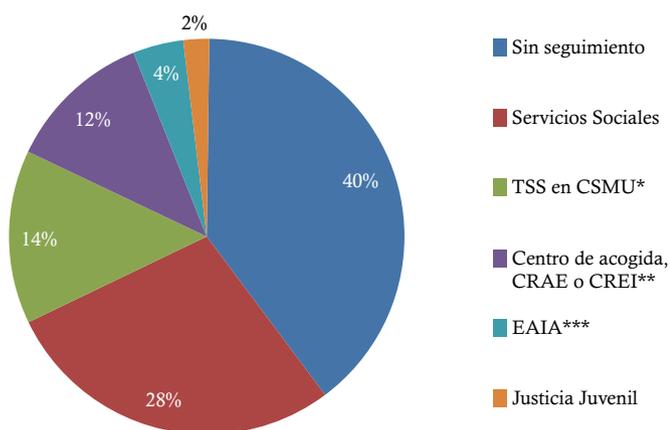


Figura 1. Seguimiento Social.

\* Trabajo Social Sanitario (TSS)

\*\* Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE), Centro Residencial de Educación Intensiva (CREI)

\*\*\* Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA)

Respecto al perfil del paciente según el circuito por el que eran derivados (desde urgencias o de derivación para ingreso), había diferencias estadísticamente significativas respecto al motivo de consulta ( $p=0,028$ ), presentándose la ideación suicida en mayor proporción en los pacientes derivados para ingreso (ver tabla 2). Se encontraron también diferencias estadísticamente significativas respecto al EEAG inicial ( $p<0,001$ ), siendo inferior en los pacientes derivados para ingreso.

Tabla 2. Comparación de variables clínicas y de la intervención entre los pacientes del circuito de urgencias y el circuito de derivación para ingreso.

	Circuito urgencias N (%)	Circuito derivación para ingreso N (%)	P*
<b>Género</b>			0,958
Masculino	24 (30)	13 (29,50)	
Femenino	56 (70)	31 (70,50)	
<b>Motivo de consulta</b>			0,028
Alteración conductual	22 (27,50)	12 (27,30)	
Ideación suicida	38 (47,50)	29 (65,90)	
Ansiedad	13 (16,30)	0 (0)	
TCA	7 (8,80)	3 (6,80)	
<b>Intervención social</b>			0,277
No intervención	37 (46,30)	13 (29,50)	
Servicios Sociales	22 (27,50)	13 (29,50)	
EAIA	3 (3,80)	2 (4,50)	
CRAE y CREI	10 (12,50)	5 (11,40)	
TSS en CSMIJ	7 (8,80)	10 (22,70)	
Justicia Juvenil	1 (1,30)	1 (2,30)	
<b>Fin de la intervención</b>			<0,001
Ingreso hospitalario	8 (10)	19 (43,20)	
Ingreso domiciliario	2 (2,50)	3 (6,80)	
Vuelve a su recurso	35 (43,80)	33 (50)	
Primera vinculación	35 (43,80)	0 (0)	
<b>Evitación de ingreso</b>			<0,001
Si	20 (25)	22 (50)	
No	8 (10)	22 (50)	
No aplicable	52 (65)	0 (0)	

\*Prueba Chi-cuadrado; CRAE: Centro Residencial de Acción Educativa; CREI: Centro Residencial de Educación Intensiva; CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y la Adolescencia; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TSS: Trabajo Social Sanitario.

Tabla 3. Comparación de la edad y variables clínicas entre los pacientes del circuito de urgencias y el circuito de derivación para ingreso.

	Circuito urgencias		Circuito derivación para ingreso		t *	p
	Media	D. T.	Media	D. T.		
Edad	14,63	1,87	14,68	1,61	-0,17	0,866
EEAG inicial	45,88	14,98	32,95	14,40	4,66	<0,001
Ingresos previos	0,30	0,83	0,73	1,35	-2,18	0,031
Días hasta intervención	1,34	0,83	1,80	1,17	-2,54	0,013
Días de intervención	18,64	18,24	11,86	13,27	2,17	0,032
Número de visitas	3,43	2,99	2,36	2,19	2,07	0,041
Número de coordinaciones	3,45	3,40	2,84	2,92	1	0,318
Total de intervenciones	6,88	5,85	5,20	4,50	1,65	0,103

\*Prueba T de Student para variables independientes; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global

## Características de la intervención

Se han realizado un total de 378 visitas (124 primeras visitas, 254 visitas de seguimiento) y 402 coordinaciones con otros dispositivos. Se tardaba de media 1,50 ( $\pm 1$ ) días laborables en realizar la primera intervención desde que se recibía la derivación del paciente. La duración de la intervención fue de media de 16,23 ( $\pm 16,90$ ) y se realizaban una media de 6,28 intervenciones por paciente ( $\pm 5,45$ ) (ver [tabla 4](#)).

**Tabla 4.** Características de la intervención.

	Media	Desviación típica
<b>Días hasta intervención</b>		
Total	1,50	0,98
Circuito urgencias	1,34	0,83
Circuito derivación para ingreso	1,80	1,17
<b>Días de intervención</b>		
Total	16,3	16,90
Circuito urgencias	18,64	18,24
Circuito derivación para ingreso	11,86	13,27
<b>Núm. de visitas</b>		
Total	3,05	2,77
Circuito urgencias	3,43	2,98
Circuito derivación para ingreso	2,36	2,19
<b>Núm. de coordinaciones</b>		
Total	3,23	3,24
Circuito urgencias	3,45	3,40
Circuito derivación para ingreso	2,84	2,92
<b>Total de intervenciones</b>		
Total	6,28	5,45
Circuito urgencias	6,88	5,89
Circuito derivación para ingreso	5,20	4,50

Al finalizar la intervención, un 46% de los pacientes volvieron a su recurso comunitario sin necesidad de realizar ingreso, en 28,20% de los pacientes se vinculó por primera vez a su centro comunitario de referencia, el 21,80% ingresaba en la sala de hospitalización y un 4% ingresó en hospitalización domiciliaria. Del total de 124 pacientes atendidos, 52 fueron derivados con el objetivo de realizar una primera vinculación o una re-vinculación a la red. En los otros 72, con la intervención realizada desde el programa de atención preferente se pretendía reconducir la situación aguda sin la necesidad de ingreso. Este objetivo se logró en un 58,30% de los pacientes, evitando así 42 ingresos.

Respecto a las diferencias entre las visitas realizadas según el circuito de derivación, en 31 de los 44 los pacientes derivados para ingreso la intervención fue breve y únicamente se realizó una o dos visitas de valoración. También se realizó únicamente una o dos visitas con 26 de los 80 pacientes derivados desde urgencias ya que el objetivo era la vinculación a la red de salud mental.

Se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas según el circuito por el que eran derivados respecto al fin de la intervención ( $p < 0,001$ ) y respecto a la evitación de ingreso ( $p < 0,001$ ) (ver [tabla 2](#)). Se visto que, en los pacientes derivados desde urgencias, había menos días hasta la intervención ( $p = 0,013$ ), se intervenía durante más días ( $p = 0,032$ ) y se realizaban más visitas ( $p = 0,041$ ) (ver [tabla 3](#)).

No se han encontrado diferencias significativas entre los datos de los dos circuitos de derivación en el resto de variables estudiadas.

## DISCUSIÓN

Este artículo presenta la implantación de un nuevo dispositivo, el programa de atención preferente en salud mental de la infancia y la adolescencia, aportando datos sobre los pacientes atendidos durante sus primeros 6 meses de funcionamiento y las intervenciones realizadas.

Un gran porcentaje de los pacientes atendidos en el programa fue por ideación y/o tentativas autolíticas los cuales presentaban diversos factores de riesgo psicosociales asociados y realizaban seguimiento en algún dispositivo social. Se hizo énfasis en la coordinación con los diferentes recursos de la red y se trabajó por dar una atención rápida intentando que el tiempo entre el momento de crisis y la atención en el programa fuese lo mínimo posible. Se ha priorizado la resolución de la patología aguda mediante la atención ambulatoria, evitando así el ingreso hospitalario en un importante porcentaje de casos.

El motivo de consulta más frecuente fue por ideación y/o tentativas autolíticas, yendo en consonancia con lo encontrado en estudios previos que identifican un aumento de pacientes suicidas jóvenes que acuden a urgencias (7). Además, se ha visto cómo las autolesiones, a menudo se utilizan

como un mecanismo de afrontamiento para resolver una situación difícil, para la regulación emocional, la comunicación del alcance del dolor o el autocastigo (12,13).

Los resultados obtenidos respecto al EEAG inicial muestran unos valores de media inferiores en los pacientes derivados mediante el circuito de derivación para ingreso, lo cual es compatible con el hecho de que cuando los terapeutas referentes realizan una derivación para ingreso hospitalario es porque la funcionalidad es más baja o existe algún tipo de riesgo psicosocial. En un alto porcentaje de los pacientes atendidos, había algún tipo de intervención social, lo que pone énfasis en la importancia de los factores de riesgo psicosocial en cuanto a aumentar la probabilidad de padecer un trastorno mental o momentos de crisis emocional que requieran de atención urgente y/o ingreso hospitalario. Estos resultados van en la línea de lo que han encontrado algunos estudios respecto a las altas tasas de jóvenes que acuden a los servicios de urgencias y que tiene algún evento traumático y/o contacto con el sistema social (14).

Uno de los puntos importantes del programa era mantener una buena coordinación con toda la red de salud mental, actuando como equipo de gestión de caso que facilita una mejor atención de forma integrada a los pacientes. En general, los resultados obtenidos demuestran un gran número de intervenciones realizadas, y en muchos casos el número de coordinaciones por paciente superan al total de visitas realizadas. Pese a obtener estos buenos datos respecto a las coordinaciones realizadas, una de los inconvenientes principales detectados ha sido la dificultad, en ocasiones, de crear planes conjuntos con la red de salud mental y de mantener una comunicación adecuada.

Respecto a los días laborables hasta la intervención, dar una respuesta rápida era uno de los objetivos fundamentales del programa, centrándose en dar atención rápida a situaciones de crisis y/o agudización de la patología. Esto se facilitó estableciendo un protocolo de derivación para los pacientes atendidos en urgencias, en el que el mismo psiquiatra que atendía al paciente en urgencias, si lo consideraba candidato al programa, le daba la indicación de ir al día siguiente en el horario

establecido en el protocolo, sin necesidad de esperar a que se les llamase para citarlos.

En general, en los meses que lleva funcionando el programa se han atendido perfiles diferentes, lo que explicaría que en alguna de las variables como las visitas realizadas o los días de intervención sean tan diversos. Por lo que respecta a los pacientes derivados para ingreso, se ha encontrado un perfil de atención breve en el que se realizaban una o dos visitas. Podían ser pacientes en los que se procedía al ingreso tras únicamente una o dos visitas por la gravedad de la situación o pacientes a los que no se consideraba tributarios de ingreso y volvían a su recurso que ya era suficientemente intensivo como para solaparlos con una intervención desde el Programa de Atención Preferente. En otro perfil de pacientes, se realizaba una intervención más intensiva desde el programa que por las circunstancias y por la falta de recursos no se podía ofrecer desde su recurso comunitario, consiguiendo gracias a eso evitar el ingreso. Por lo que respecta a los pacientes derivados desde urgencias, uno de los perfiles eran casos que necesitaban únicamente una vinculación/re-vinculación a su centro de referencia, y en general esto se solucionaba con una intervención breve de una o dos visitas. El otro de los perfiles de urgencias eran casos que necesitaban una intervención más intensiva para reconducir la situación de crisis que los llevaba a urgencias, intentando así evitar que la situación empeorase o la necesidad de un ingreso hospitalario. Para conseguir esta reconducción de la situación de crisis se realizaron intervenciones que han mostrado efectos prometedores en los momentos de crisis y en la gestión de la autolesión y de la ideación suicida, como son la técnica de solución de problemas para resolver y gestionar la crisis que presentaban, estrategias de gestión del malestar emocional basadas en la Terapia Dialéctica Conductual Breve e intervención familiar para proporcionar pautas para el manejo de las situaciones de crisis (15–17).

La intervención realizada en los primeros meses por parte del Programa de Atención Preferente ha demostrado un importante efecto en cuanto a los ingresos evitados, priorizando así el abordaje de la crisis desde una perspectiva ambulatoria más intensiva, intentando evitar, además, ciertas consecuencias negativas que podría tener el hecho

de realizar un ingreso. En esta línea, algunos estudios han detectado que los ingresos a esa edad pueden tener ciertos efectos negativos, como sentirse desplazado del hogar, la familia y los amigos, mayor estancamiento en el desarrollo social y emocional, el trauma y estrés que puede suponer la separación de los padres, la adopción de conductas desadaptativas observadas en otros, la regresión, la dependencia, la acomodación y el hecho de que la hospitalización sea el único lugar en el que se sientan seguros y la estigmatización (18,19). Esta disminución de los ingresos ha permitido también reducir la lista de espera de los ingresos programados, permitiendo que los ingresos pudieran realizarse con mayor agilidad y/o rapidez en el caso de necesitarlo, resultando en un sistema más coste-efectivo.

## LIMITACIONES

El estudio realizado es meramente descriptivo y exploratorio. Para profundizar en los efectos producidos por la intervención y las mejoras respecto a la atención de la población atendida que produce este nuevo programa, deberían realizarse estudios en los que se ampliasen las variables recogidas y se pudiese comparar con un grupo control o con los datos de otras fechas sin la intervención de este programa. Por otra parte, el periodo de tiempo en el que se han recogido estos datos es relativamente corto (6 meses).

## CONCLUSIONES

Debido a las consecuencias en la salud mental infantil y adolescente y en los sistemas de salud que ha traído la pandemia COVID-19, el Programa de Atención Preferente se muestra como una respuesta útil y eficaz para ayudar en situaciones de psicopatología aguda en niños y adolescentes. Los factores de riesgo social estuvieron presentes en un alto porcentaje de pacientes, demostrando la importancia de una intervención multidisciplinar y la necesidad de trabajo con la red de salud mental. Gracias a la intervención realizada, se ha conseguido reconducir en un amplio número de pacientes la situación que requería de asistencia a urgencias o de solicitud de ingreso, ayudando así a priorizar un tratamiento

ambulatorio frente a un ingreso hospitalario con la consiguiente estabilización en el medio natural del paciente. La efectividad de este tipo de programas pone sobre la mesa la dificultad de integrar la atención a la complejidad social con la salud emocional y la adaptación escolar a nivel comunitario en los periodos de crisis y cómo los recursos que acaban dando respuesta urgente son aún hospitalarios.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

## REFERENCIAS

1. Shah K, Mann S, Singh R, Bangar R, Kulkarni R. Impact of COVID-19 on the Mental Health of Children and Adolescents. *Cureus*. 2020. <https://doi.org/10.7759/cureus.10051>
2. Reece L, Sams DP. The impact of COVID-19 on adolescent psychiatric inpatient admissions. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022 Jan; 27 (1): 112-21. <https://doi.org/10.1177/13591045211030666>
3. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. 2020 Nov; 293. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
4. Lopez-Serrano J, Díaz-Bóveda R, González-Vallespí L, Santamarina-Pérez P, Bretones-Rodríguez A, Calvo R, Lera-Miguel S. Psychological impact during COVID-19 lockdown in children and adolescents with previous mental health disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021 Apr 24. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.04.002>
5. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Kumar Sharawat I, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr*. 2021 Jan 29; 67(1). <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>

6. Gracia R, Pamias M, Mortier P, Alonso J, Pérez V, Palao D. Is the COVID-19 pandemic a risk factor for suicide attempts in adolescent girls? *J Affect Disord*. 2021 Sep 1; 292:139-41.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.044>
7. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12–25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021 Jun 18; 70(24): 888-94.  
<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>
8. Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. *Pediatrics*. 2021 Mar 1; 147(3).  
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-029280>
9. Sowar K, Thurber D, Vanderploeg JJ, Haldane EC. Psychiatric Community Crisis Services for Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 Jul; 27(3): 479-90. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.03.002>
10. Greenfield B, Larson C, Hechtman L, Rousseau C, Platt R. A Rapid-Response Outpatient Model for Reducing Hospitalization Rates Among Suicidal Adolescents. *Psychiatr Serv*. 2002 Dec; 53(12): 1574-9. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.12.1574>
11. Endicott J. The Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Jun 1; 33(6): 766.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
12. Waseem M, Diaz-Guerrero RJ, Cosme R, Ain Y, Leber M, Gerber LM. Do all children with suicidal ideation receive a significant psychiatric intervention? *Pediatr Int*. 2015 Jun; 57(3): 381-4.  
<https://doi.org/10.1111/ped.12527>
13. Morken IS, Dahlgren A, Lunde I, Toven S. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents: an overview of systematic reviews. *F1000Res*. 2020 Feb 18; 8: 890.  
<https://doi.org/10.12688/f1000research.19506.2>
14. Heppell PJ, Rao S. Social Services and Behavioral Emergencies. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 Jul; 27(3):455-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.02.007>
15. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Sep; 60(9):1105-1115.e4.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
16. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 May 20; 51(7):1057–67.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
17. Glenn CR, Esposito EC, Porter AC, Robinson DJ. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019 May 4;48(3):357–92.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
18. Muskens JB, Herpers PCM, Hilderink C, van Deurzen PAM, Buitelaar JK, Staal WG. Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 19; 19(1):412.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2407-x>
19. Perkes IE, Birmaher B, Hazell PL. Indications for psychiatric hospitalization of children and adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019 Aug 15; 53(8):729–31.  
<https://doi.org/10.1177/0004867419835930>

L. García Murillo <sup>1</sup> \*   
L. Mallol Castaño <sup>1</sup>   
M. Díaz de Neira <sup>1</sup>   
B. Isidoro Fernández <sup>2</sup>   
A. Forti Buratti <sup>1</sup>   
A. Muñoz Domenjó <sup>3</sup>   
H. Blasco Fontecilla <sup>1,4,5</sup>   
I. Palanca Maresca <sup>1</sup> 

1 Departamento de Psiquiatría, Sección de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.

2 Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital Universitario del Sureste (Arganda del Rey).

3 Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Móstoles. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.

4 CIBER Salud Mental (CIBERSAM), Madrid, España.

5 ITA Salud Mental-Consulting, Madrid, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Lourdes García Murillo

Correo: [lgmurillo@salud.madrid.org](mailto:lgmurillo@salud.madrid.org)

*Experiencia subjetiva de los niños durante el confinamiento en España: un estudio descriptivo*

*Subjective experience of children during lockdown in Spain: a descriptive study*

## RESUMEN

**Introducción:** En el año 2020 se decretó en España un confinamiento que duró al menos seis semanas y fue especialmente estricto para los niños, que en su mayoría no tuvieron permitido salir de su domicilio. **Objetivos:** Aportar información sobre la experiencia subjetiva que tuvieron los niños durante dicha situación, incluyendo aquellos que realizaban seguimiento en Salud Mental. **Material y métodos:** Realizamos un estudio transversal observacional distribuyendo encuestas a padres a través de internet para niños de entre 5 y 11 años. Estas fueron elaboradas ad-hoc para ser cumplimentadas en primera persona de forma anónima y online. **Resultados:** Participaron un total de 116 niños, siendo 7,78 años la media de edad. El 21,6% realizaba seguimiento en Salud Mental. En nuestra muestra, la vivencia general fue buena respecto a sí mismos (6,77/10), su familia (8,17/10), sus estudios (6,47/10) y sus aficiones (6,73/10), siendo similar entre los que hacían seguimiento o no en Salud Mental. Se observaron diferencias en cuanto a su vivencia de las relaciones con amigos ( $p=0,022$ ) y el COVID-19 ( $p=0,012$ ), siendo en ambos casos peor la vivencia de los

## ABSTRACT

**Introduction:** The effect of the lockdown that took place in Spain during the COVID-19 pandemic on the population's mental health remains uncertain. The main goal of this study is to know the subjective experience of Spanish children, especially those who were under treatment on Mental Health services. **Material and methods:** We performed an observational cross-sectional study. Surveys for children between 5 and 11 years old were distributed to parents through Internet. Questionnaires were prepared ad-hoc to be completed anonymously online. **Results:** We recruited 116 children, with a mean age of 7.78 years. Of these, 21.6% were under Mental Health treatment. In our sample, general experience was good with respect to themselves (6.77/10), their family (8.17/10), their studies (6.47/10) and their hobbies (6.73/10), being similar among both groups. We found differences between the group of children who were under mental health follow-up and the group that was not, in terms of friends ( $p=0.022$ ) and COVID-19 ( $p=0.012$ ), the experience of the second group of children being worse than that

niños que no realizaban seguimiento en Salud Mental. No se hallaron diferencias respecto a aquellos niños cuyos padres trabajaban en un ámbito de riesgo frente al contagio de COVID-19. **Conclusiones:** El presente estudio reafirma la importancia de recoger datos en primera persona para entender los procesos subjetivos de los niños, así como el posible efecto protector del sostén familiar frente a experiencias traumáticas, siendo esta información útil para la elaboración de estrategias futuras.

**Palabras clave:** Confinamiento, niños, COVID-19, experiencia subjetiva.

## INTRODUCCIÓN

El mismo día de la declaración por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (11 de marzo de 2020) el Gobierno de la Comunidad de Madrid determinó el cierre de los colegios. Tres días más tarde y ante el aumento exponencial de los casos, el Gobierno de España declara el Estado de Alarma (BOE, 2020) (1) que incluye una serie de medidas (confinamiento, limitación de actividad laboral a servicios esenciales, cierre de colegios y universidades, restricciones de movilidad y distancia social) que conllevan importantes cambios en el modo de vida de las personas y en concreto de los niños y adolescentes. A diferencia de epidemias o pandemias anteriores, no se trata de una cuarentena para aislar a infectados, casos sospechosos o contactos, sino de un confinamiento de toda la población con estrictas medidas que han prohibido durante unas seis semanas la salida del domicilio, bajo ningún pretexto, a la mayoría de los niños, a diferencia de otros países (2-5).

A pesar de que lo observado durante la pandemia apunta a que la infección por coronavirus no supone una amenaza tan directa para la salud de los niños como para los adultos (el 11 febrero de 2020 sólo el 2% de los casos reportados eran menores de 19 años) (6), en cambio, la situación generada por la pandemia por SARS-CoV-2 sí representa una amenaza para el bienestar emocional de los niños y lo es aún más para

of the first group. No differences were found based on whether the parents worked in jobs with higher risk of COVID-19 risk of contagion. **Conclusions:** Our results highlight the relevance of considering as early as possible the psychological aspects of possible traumatic events such as confinement, as well as being able to better understand the experiences of children in order to optimize future strategies for promoting their resilience and preventing subsequent negative consequences.

**Keywords:** Confinement, children, COVID-19, subjective experience.

aquellos más vulnerables, en concreto para los que padecen problemas previos de salud mental o están en situaciones de riesgo o vulnerabilidad social (7-10).

Las duras medidas de confinamiento impuestas en España durante la pandemia han conllevado serios cambios en el modo de vida de los niños: prohibición para salir de casa y desarrollar las actividades extraescolares o compartir espacios de socialización con iguales, interrupción de la escolarización ordinaria, convivencia con el núcleo familiar habitual, con pérdida de rutinas previas que estructuran hábitos de salud y ocio, etc. (11). Todos ellos, además de ser factores que pueden repercutir sobre la salud mental de los menores, suponen una experiencia completamente nueva para los niños. Además, el confinamiento estricto, sin salidas autorizadas, ha tenido una larga duración (de mínimo seis semanas); habiéndose relacionado la duración del confinamiento con los efectos en la salud mental (12). Únicamente se permitían las salidas en este rango de edad en los casos de personas con discapacidad, a quienes el Gobierno autorizó salidas de 1 hora al día. En todos los demás, el confinamiento estricto ha tenido una duración sin precedentes cuyas consecuencias aún son desconocidas. En el estudio de Orgilés et al. (13), donde se obtienen datos de población española e italiana (padres y niños) se encuentra mayor afectación sintomática en niños de población española, señalando el confinamiento más estricto, con menor actividad física, como una de las posibles causas.

14 Los estudios realizados en adultos no son extrapolables a población pediátrica ya que las estrategias adaptativas y de resiliencia cambian durante el desarrollo evolutivo y tienen un efecto distinto según el grupo de edad. A día de hoy, existen numerosos estudios que analizan el impacto del confinamiento en los niños (14, 15, 16), con resultados desfavorables en cuanto a su salud mental. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se centran en la identificación de síntomas y psicopatología derivada de las reacciones emocionales ante la situación vivida y además obtienen la información de forma indirecta a través de encuestas a los padres y no mediante entrevista directa al niño (2-4). No hemos encontrado estudios que analicen la vivencia respecto a los diferentes ámbitos de su vida que han tenido los niños, estando todos centrados en síntomas sin que quede clara la repercusión que estos puedan tener en las diferentes áreas de la vida del niño. Cabe destacar que en recientes artículos se ha estudiado el impacto del confinamiento en menores con problemas previos de salud mental (17), dentro de este grupo quizás los menores con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (18) y Trastorno del Espectro Autista han sido los más estudiados (19). Es importante conocer el impacto diferencial de la pandemia en ambos grupos, los que tenían problemas de salud mental antes del inicio de la misma y los que no, ya que en las poblaciones más vulnerables podría darse un aumento de las desigualdades ya existentes (20).

El objetivo principal de este estudio es conocer la experiencia subjetiva de los niños respecto a las diferentes áreas de su vida durante el confinamiento y en qué medida esta experiencia ha modificado sus relaciones con la familia, los amigos, el ocio o consigo mismos, tanto de niños de la población general como de aquellos que realizan seguimiento en salud mental.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Procedimiento

Se trata de un estudio transversal observacional retrospectivo que abarca el periodo desde las seis semanas de confinamiento hasta 45 días después de la finalización del mismo.

Se distribuyeron entre los pacientes que realizaban seguimiento en Salud Mental y otras personas del entorno de los autores encuestas a través de internet que fueron elaboradas ad-hoc para ser cumplimentadas de forma anónima por los sujetos del estudio. La encuesta se realizó a través de Formularios de Google y se envió a los padres. No se recogió ni rastreó ningún dato de carácter personal que permitiese la identificación de los participantes. A los pacientes en seguimiento en Salud Mental citados en consulta durante el periodo del estudio, se informó a las familias por teléfono, en el contexto de la tele-consulta alternativa a la presencial en este periodo, de la posibilidad de participar en el estudio solicitando su permiso para enviar el enlace a su correo electrónico o bien a su teléfono, asumiendo la autorización para la participación en el mismo al facilitar esta información. Paralelamente se recogió información también de los progenitores, habiendo sido esta parte del estudio previamente publicada (21).

El tratamiento de los datos recogidos cumplió con el marco legal establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 3/2018. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

### Población

La población está compuesta por niños y niñas de 5 a 11 años de la población general y en seguimiento en salud mental.

### Instrumentos

La encuesta sobre la experiencia de niños y niñas de 5 a 11 años recogió cómo se habían sentido durante el tiempo de confinamiento en diversas áreas vitales: con ellos mismos, con su familia, con los amigos, con los estudios, con las aficiones y con el coronavirus. Para ello, se dio la instrucción: “Por favor, marca del 1 (súper mal) al 10 (súper bien) según te hayas sentido durante las semanas en las que has estado en casa sin poder ir al colegio en las siguientes áreas”, ofreciendo una escala visual de 0 a 10, apoyando las preguntas con una imagen relacionada con el área que se exploraba para facilitar la comprensión de las preguntas. Además, se incluyeron las siguientes variables: edad,

sexo, comunidad autónoma de residencia, si estaba o no en seguimiento en salud mental y si el padre o la madre trabajaban en ámbito sanitario o en residencias.

### Análisis estadísticos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los resultados de la muestra, estimando, para las variables cuantitativas, las medias como medidas de tendencia central, y las desviaciones típicas como medidas de dispersión. Para las variables cualitativas, se obtuvieron las frecuencias absolutas y las proporciones para las distintas categorías.

Para determinar la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas se establecieron modelos de regresión lineal univariante, considerando las puntuaciones sobre la experiencia del confinamiento (en el propio niño o niña, su familia, amigos, estudios, aficiones y el coronavirus) como variables dependientes, y el resto de variables estudiadas (edad, sexo, padres sanitarios, residencia en la Comunidad de Madrid y seguimiento previo en Salud Mental) como las variables independientes del modelo.

Se consideraron estadísticamente significativas aquellas asociaciones con un p valor inferior a 0,05. Los procedimientos estadísticos fueron llevados a cabo mediante el software IBM SPSS.

Ninguno de los autores presentaba conflictos de interés en la realización del presente estudio.

## RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por un total de 116 niños y niñas, de los cuales 51 fueron niñas (44,00%). La edad media de los niños y niñas que respondieron el cuestionario fue de 7,78 años, con una desviación típica de 2,00 años. La mediana se situó en los 8 años, la moda fue 7 años. El 25% de los niños y niñas tenían a su padre y/o madre trabajando de sanitarios o en residencias. El 21,6% estaban en seguimiento en algún dispositivo de Salud Mental.

El 70,7% de la muestra vivían en la Comunidad de Madrid, el 13,8% en Andalucía, el 6% en Castilla y León, el 5,2% en Cantabria y el 4,3% restante en Castilla

La Mancha. No se hallaron diferencias significativas a nivel estadístico en ninguna de las variables estudiadas teniendo en cuenta los grupos formados por aquellos que vivían en la Comunidad de Madrid y aquellos que vivían en el resto de España.

Los datos recogidos muestran que de media, los niños y niñas se sentían con respecto a ellos mismos 6,77/10 (2,52), con respecto a la familia 8,17/10 (2,05), con respecto a los amigos 5,77/10 (2,76), con respecto a los estudios 6,47/10 (2,66), con respecto a las aficiones 6,73/10 (2,77) y con respecto al coronavirus 3,09/10 (2,81).

Al analizar si existían diferencias entre el grupo de niños y niñas en seguimiento en salud mental frente a quienes no lo hacían, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en sus sentimientos con respecto a los amigos ( $p=0,022$ ), siendo más positivos los del grupo en seguimiento en Salud Mental y con respecto al coronavirus ( $p=0,012$ ), siendo más negativos los de la población general. Dicha información se recoge en la figura 1.

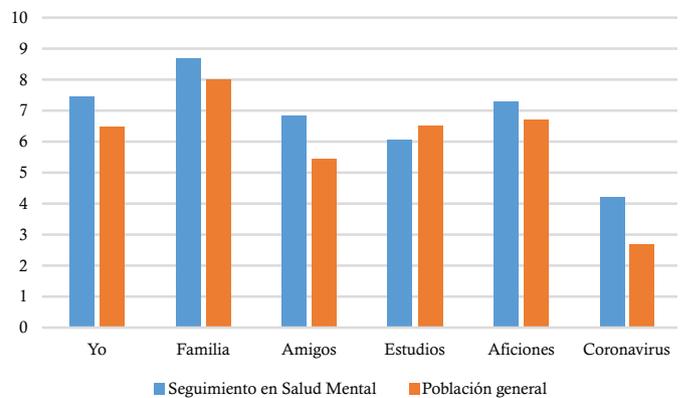


Figura 1. Comparativa entre los participantes que realizaban seguimiento en Salud Mental y los que no.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar los resultados según el sexo en los sentimientos respecto de sí mismos ( $p=0,022$ ), siendo más positivos en los niños que en las niñas.

Realizamos análisis en los diferentes ámbitos estudiados según la edad, resultando ser estadísticamente significativo en el área de los amigos, siendo que los de mayor edad señalan sentimientos más positivos ( $p=0,003$ ).

## DISCUSIÓN

En este estudio presentamos datos de la vivencia subjetiva que ha tenido un grupo de niños y niñas de entre 5 y 11 años en diversas áreas vitales durante el tiempo de confinamiento en España. El mismo forma parte de una serie de estudios realizados paralelamente en niños, adolescentes y progenitores (21).

En nuestra muestra, la vivencia general de los niños fue buena en lo que respecta a sí mismos (6,77/10), a su familia (8,17/10), a sus estudios (6,47/10) y a sus aficiones (6,73/10), siendo similar entre los niños y niñas que hacían seguimiento en Salud Mental respecto a los que no lo hacían. Estos resultados son coherentes con lo observado en el estudio realizado en progenitores (21), en el cual los padres percibieron incluso una mejoría en cuanto a la relación y forma de comunicación con sus hijos sin aumento de los conflictos familiares. Lo observado va en línea con estudios previos como el de Pfferferbaum (6), en el cual se señala que la mayoría de la población es resiliente al potencial efecto traumático de los acontecimientos traumáticos masivos, como ha podido ser la situación vivida durante la pandemia por SARS-CoV-2. Además, puede que los niños hayan tenido una buena vivencia de la situación de confinamiento por varios motivos, como la posibilidad de convivir más tiempo y compartir más actividades con sus progenitores con una posible mejora del diálogo y el disfrute compartido con sus familias (22). También puede que estos resultados se vean influenciados por las condiciones de la vivienda y la naturaleza de las relaciones familiares previas, así como la salud física y mental previa de los niños y las niñas y de sus adultos cuidadores, siendo estos factores que pueden hacer más vulnerables o resilientes a los menores para afrontar esta situación. Es posible que el hecho de no tener que acudir a centros escolares durante ese periodo y la disminución de la exigencia académica pudiendo dedicar mayor tiempo a sus aficiones hayan hecho que disminuya el estrés de los niños. Esto es congruente con lo observado en otro estudio (23), en el que se observa una disminución del estrés en los niños en situación de confinamiento, echando de menos el colegio sólo el 9% de los participantes.

Respecto a los niños en tratamiento en Salud Mental, en nuestra muestra observamos una diferencia estadísticamente significativa entre ellos y los niños que no realizaban seguimiento en Salud Mental respecto a los amigos ( $p=0,022$ ) y con respecto al coronavirus (0,012), siendo en ambos casos peores las vivencias del grupo de niños que no realizaba seguimiento en Salud Mental respecto a los que sí lo hacían. Resulta llamativa la preocupación respecto al coronavirus teniendo en cuenta que los niños son una población que parece tener menor incidencia de la infección (24). Una posibilidad es que los niños que realizan seguimiento en Salud Mental a raíz de la situación hayan tenido más oportunidades y espacio donde poder verbalizar sus miedos y preocupaciones, recibiendo explicaciones acordes a su situación particular. Basándose en la experiencia de epidemias anteriores, Huremović (24) destaca que los aspectos psicológicos que conlleva el confinamiento deberían ser tenidos en cuenta de forma precoz y deben ser atendidos en el curso de la intervención en la pandemia de forma que se reduzca la percepción de aislamiento y de incertidumbre. Nuestros datos apoyan esta teoría, de manera que quizás se han cuidado más los aspectos psicológicos de los niños en seguimiento en Salud Mental al ser considerados una población de mayor vulnerabilidad. También es posible que el hecho de poder salir una hora al día en un subgrupo de pacientes haya hecho que en estos dos parámetros este grupo se haya encontrado mejor, aunque resulta llamativo que esta diferencia no se extienda a las otras áreas estudiadas. Respecto a la vivencia con los amigos, el que el aislamiento haya supuesto menor malestar para los niños que realizaban seguimiento en Salud Mental resulta también llamativo. Nuestra interpretación en este estudio es que la disminución de las demandas y exigencias sociales que se han producido durante el confinamiento ha hecho que muchos de nuestros pacientes se hayan sentido más cómodos en esta situación dado que las relaciones con iguales son una de las áreas de funcionamiento más frecuentemente afectadas en ellos. Nuestros resultados van en la misma línea que el estudio de Termine *et al.* (24), en el que encuentran una diferencia significativa entre niños con un trastorno del neurodesarrollo (tipo TEA o TDAH, por ejemplo) y los que no lo tienen, resultando para los primeros

una percepción menor a la hora de echar de menos a sus iguales.

Diferenciando por género, observamos una tendencia en las niñas en comparación con los niños a sentirse ligeramente peor con ellas mismas. Puede ser que el perfil más internalizador de las niñas sea responsable de esta ligera diferencia.

Como ya hemos señalado previamente en este artículo y siendo uno de los aspectos estudiados en el mismo, consideramos importante tener datos sobre la diferencia del impacto del confinamiento y la pandemia en menores con y sin problemas previos de Salud Mental. El trabajo de Termine et al (25) compara el impacto del distanciamiento social y los cambios en el estilo de vida durante el confinamiento en menores con y sin Trastornos del Neurodesarrollo, concluyendo que tener un Trastorno del Neurodesarrollo afecta en mayor medida al rendimiento escolar y en aspectos conductuales y psicológicos. En el estudio esloveno de Polónyiová et al (26), hacen una comparativa entre familias en las que hay niños con TEA y niños con un neurodesarrollo típico; señalan que a medida que avanza la pandemia los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los padres se correlacionan con comportamientos maladaptativos tanto en niños con TEA como en niños neurotípicos.

Cabe destacar que en nuestra muestra no se hallaron diferencias significativas al comparar en función de si los padres o las madres trabajaban en un ámbito de riesgo frente al contagio por SARS-CoV-2, ya que anteriores estudios habían identificado la posible afectación de padres o familiares cercanos como factor de riesgo (27-28). Nuestra hipótesis es que en la situación actual la vivencia de riesgo de afectación ha sido común para toda la sociedad y no únicamente para las personas que trabajaban en ámbitos de riesgo.

El estudio incluye participantes de otras Comunidades Autónomas con menor impacto de la pandemia que en la Comunidad de Madrid, no habiendo encontrado diferencias en los resultados al comparar entre participantes de diferentes Comunidades. Aunque las cifras de participantes no permiten extraer conclusiones, esto sería una diferencia con otro tipo de emergencias masivas en las que la cercanía y el mayor impacto del acontecimiento incrementaría el riesgo de padecer

algún tipo de malestar emocional (26). Es posible que las condiciones de vida (confinamiento) que se derivan de la emergencia masiva de salud pública tengan mayor peso sobre la vivencia de los niños en esta experiencia que la propia situación que origina dichas medidas.

Nuestro estudio cuenta con varias limitaciones. La primera de ellas es que la muestra se compone de únicamente 116 niños residentes en España, siendo la validez externa del mismo limitada, no siendo las conclusiones del mismo generalizables. Además, nuestros datos no incluyen variables que pueden estar influenciando en nuestros resultados como las socioeconómicas o el tipo de dificultad por la que realizan seguimiento en Salud Mental los participantes.

No obstante, el estudio se realizó durante el periodo de confinamiento, por lo que se reduce el sesgo de memoria al recoger los datos. Además, presenta información reportada en primera persona por los niños, algunos de los cuales han realizado seguimiento en Salud Mental durante la situación de confinamiento, comparándolas con las experiencias subjetivas de niños que no realizaban seguimiento, abarcando áreas tan variadas como sus relaciones con la familia, los amigos, el ocio o incluso consigo mismos. Por otro lado, el hecho de que la muestra se limite a nuestro entorno es también una ventaja: se ha visto en anteriores confinamientos que la duración de la cuarentena se relaciona con los síntomas (12) ya que las normas de confinamiento han sido diferentes según los países.

## CONCLUSIONES

Cómo conclusión, cada vez son más los estudios que se publican sobre las consecuencias de la pandemia por SARS-CoV-19 sobre la salud mental de la población general y, en concreto, de la salud mental de los menores, aunque aún son desconocidas a largo plazo, se anticipan importantes y duraderas (24). El presente estudio reafirma la importancia de recoger los datos en primera persona para poder entender mejor los procesos subjetivos de los niños, así como el posible efecto protector del sostén familiar frente a las experiencias traumáticas. Esta información es útil para el diseño de intervenciones tempranas, siendo

bajo nuestro punto de vista urgente la realización de más investigaciones sobre los efectos de la situación actual de la pandemia en la Salud Mental de la población infantil para poder mitigar los potenciales daños de la misma.

## LIMITACIONES

El estudio realizado es meramente descriptivo y exploratorio. Para profundizar en los efectos producidos por la intervención y las mejoras respecto a la atención de la población atendida que produce este nuevo programa, deberían realizarse estudios en los que se ampliasen las variables recogidas y se pudiese comparar con un grupo control o con los datos de otras fechas sin la intervención de este programa. Por otra parte, el periodo de tiempo en el que se han recogido estos datos es relativamente corto (6 meses).

## CONTRIBUCIONES

L. García Murillo ha participado en todo el proceso de diseño del estudio, así como en la elaboración del manuscrito, realizando la coordinación entre los diferentes participantes. L. Mallol Castaño ha realizado las búsquedas y actualizaciones bibliográficas en las que está basada la introducción y la discusión, además de aportar ideas a lo largo de todo el diseño del estudio y elaboración del manuscrito. M. Díaz de Neira ha participado en el diseño del estudio y en la recogida y análisis de los datos, así como en la elaboración de la discusión. B. Isidoro Fernández ha realizado los análisis estadísticos, así como revisión de los datos contenidos en el artículo. A. Forti Buratti ha participado en la elaboración del manuscrito con aportaciones durante las diferentes fases, especialmente en la discusión. A. Muñoz Domenjó ha participado en la búsqueda bibliográfica y actualización de la información teórica contenida en el artículo. H. Blasco Fontecilla ha aportado sus conocimientos sobre diseño de estudios y recogida de datos, así como aportaciones sobre la discusión. I. Palanca Maresca ha participado de todo el proceso de la elaboración y diseño general de los estudios que se han realizado en el equipo relacionados con esta recogida de datos, así como en la elaboración del manuscrito.

## REFERENCIAS

1. Real Decreto 463/2004 de 14 de Marzo por el que se declara el Estado de Alarma para la gestión de la situación de la crisis sanitaria ocasionada por COVID-19. (Boletín Oficial del Estado, número 67, del 14 de marzo de 2020).  
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
2. Liu J, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;27: 347-49.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32224303/>
3. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020;395: 945-47.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32145186/>
4. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;(6): 421. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302537/>
5. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin G J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227): 912-92.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/>
6. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(5): 355-68.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32310621/>
7. Pfefferbaum B, North C S. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6): 510-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283003/>
8. Golberstein E, Wen H, Miller B F. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2020;174(9): 819-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32286618/>
9. Jiao WY, Wang NL, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Petoello-Mantovani M, Somekh E. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020;221: 264-66.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32248989/>
10. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, Song R. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019

- Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr.* 2020;174(9): 898-900.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32329784/>
11. Fegert J M, Vitiello B, Plener P L, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14: 20.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32419840/>
  12. Hawryluck L, Gold W, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(7): 1206-12.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15324539/>
  13. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada J P. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. 2020. <https://psyarxiv.com/5bpzf/>
  14. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, Fusar-Poli, F. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021 Aug 18: 1-27.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
  15. Panda PK, Gupta J, Roy Chowdhury SR, Kumar R, Kumar Meena A, Madaan P, Kumar Sharawat I, Gulatti S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021 Jan 29;67(1): fmaa122.  
<https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
  16. Newlove-Delgado T, McManus S, Sadler K, Thandi S, Vizard T, Cartwright C, Ford T. Mental Health of Children and Young People group. Child mental health in England before and during the COVID-19 lockdown. *Lancet Psychiatry.* 2021 May;8(5): 353-54.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30570-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30570-8)
  17. Lopez-Serrano J, Diaz Bóveda R, González Vallespi L, Santamarina Pérez P, Bretones Rodríguez A, Calvo R, Lera-Miguel S. Psychological impact during COVID-19 lockdown in children and adolescents with previous mental health disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2021 Apr 24: S1888-9891(21)00035-5. English, Spanish.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.04.002>
  18. Melegari MG, Giallonardo M, Sacco R, Marcucci L, Orecchio S, Bruni O. Identifying the impact of the confinement of Covid-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Res.* 2021 Feb;296: 113692.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113692>
  19. Huang S, Sun T, Zhu Y, Song S, Zhang J, Huang L, Chen Q, Peng G, Zhao D, Yu H, Jing J. Impact of the COVID-19 Pandemic on Children with ASD and Their Families: An Online Survey in China. *Psychol Res Behav Manag.* 2021 Mar 4;14: 289-97.  
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S293426>
  20. Yao H, Chen J H, Xu Y F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(4): e21.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199510/>
  21. Forti Buratti MA et al. Experiencia subjetiva de los padres de niños y adolescentes durante el confinamiento en España, un estudio descriptivo . *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.*38(3): 4-13.  
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/407>
  22. Cluver L. et al. Parenting in a time of COVID-19. *Lancet.* 2020;395(10231):e64.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220657/>
  23. Lucas B. Un estudio revela que el estrés se redujo durante el confinamiento en niños de 8 a 10 años y solo un 9% echa de menos el colegio. *El País;* 2020 Jun 20.  
<https://elpais.com/educacion/2020-06-21/un-estudio-revela-que-el-estres-se-redujo-durante-el-confinamiento-en-ninos-de-8-a-10-anos-y-solo-un-9-echa-de-menos-el-colegio.html>
  24. Huremovic D. *Psychiatry of Pandemics.* Springer Nature Switzerland AG, Basel, 2019: 188.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32768113/>
  25. Termine C Dui LG, Borzaga L, Galli V, Lipari R, Vergani M, Berlusconi V, Agosti M, Lunardini F, Ferrante S. Investigating the effects of COVID-19 lockdown on Italian children and adolescents with

- and without neurodevelopmental disorders: a cross-sectional study. *Curr Psychol.* 2021 Oct 25: 1-17.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02321-2>
26. Polónyiová K, Belíka I, Celušáková H, Janšáková K, Kopčíková M, Szapuová Ž, Ostatníková D. Comparing the impact of the first and second wave of COVID-19 lockdown on Slovak families with typically developing children and children with autism spectrum disorder. *Autism.* 2021 Oct 16:13623613211051480.  
<https://doi.org/10.1177/13623613211051480>
27. Lubit R, Rovine D, DeFrancisci L, Eth S. Impact of trauma on children. *J Psychiatr Pract.* 2003;9(2): 128-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15985923/>
28. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol.* 2020;39(5): 355-57.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32202824/>

C. Domínguez Martín <sup>1</sup> \* <sup>ORCID</sup>  
E. Martín Arranz <sup>1</sup> <sup>ORCID</sup>  
J. Martínez Fernández <sup>2</sup> <sup>ORCID</sup>  
A. Diez Revuelta <sup>3</sup> <sup>ORCID</sup>

1 Hospital de día de psiquiatría infanto-juvenil de Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España.

2 Graduado en Psicología y Criminología. Valladolid. España.

3 Facultad de Medicina y Cirugía. Universidad de Valladolid. España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Cristina Domínguez Martín

Correo: [cdominguezm@saludcastillayleon.es](mailto:cdominguezm@saludcastillayleon.es)

*Evolución del impacto psicopatológico al año del confinamiento por COVID-19 en menores con patología psiquiátrica previa y en sus familiares o cuidadores*

*Evolution of the psychopathological impact after one year of the COVID-19 confinement in minors with previous psychiatric pathology and in their relatives or caregivers*

---

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 ha motivado cambios en la sociedad, afectando a la salud mental de la población, particularmente en la infancia y adolescencia. Los menores con patología psiquiátrica previa pueden mostrar incrementos de su sintomatología (depresión, ansiedad o estrés) tanto durante el confinamiento como de forma persistente una vez concluido éste. **Objetivo:** Evaluar la sintomatología clínica y el impacto emocional en los menores que acuden a Hospital de día y en sus padres/cuidadores un año después de la finalización del confinamiento por COVID-19. **Métodos:** Se evaluó la sintomatología clínica (emocional y conductual) durante el confinamiento y/o un año después en 81 familias participantes. Se analizaron las diferencias clínicas entre ambos momentos temporales, en primer lugar, para dos grupos de menores y cuidadores independientes y, en segundo lugar, para un mismo grupo de menores y cuidadores evaluado en ambas ocasiones. **Resultados:** Los análisis longitudinales mostraron algunas tendencias de incrementos de la sintomatología en las dimensiones de depresión, ansiedad y de control afectivo y conductual en los menores. Sin embargo, estas diferencias significativas en ningún caso pasaron el corte de corrección por comparaciones múltiples. Sus familiares y cuidadores tampoco mostraron cambios significativos en la sintomatología evaluada entre ambos momentos temporales. **Discusión:** la sintomatología clínica de

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has led to changes in society, affecting the mental health of the population, particularly in childhood and adolescence. Minors with previous psychiatric pathology may show increased symptomatology (depression, anxiety or stress) both during confinement and persistently after it. **Objective:** To assess the evolution of clinical symptomatology and the emotional impact on minors attending our Day Hospital and their caregivers one year after the end of COVID-19 confinement. **Method:** Clinical symptoms (emotional and behavioural) were assessed during confinement and/or one year later in 81 participating families. Clinical differences between both time points were analyzed, firstly, for two groups of minors and independent caregivers and, secondly, for the same group of minors and caregivers evaluated on both occasions. **Results:** Longitudinal analyses showed trends to an increase in symptomatology in the dimensions of depression, anxiety, and affective and behavioral control. However, these significant differences weren't maintained after correction for multiple comparisons. Their family members and caregivers also showed no significant changes between the two time points. **Conclusions:** The clinical symptomatology of minors with psychiatric pathology has been maintained one year after the end of the confinement due to COVID-19. Regular follow-up, good parent-child communication and

menores con patología psiquiátrica se ha mantenido un año después del fin del confinamiento por COVID-19. Se debería fomentar el seguimiento regular, una buena comunicación entre padres-hijos y un adecuado apoyo social sobre la díada menor-cuidador para favorecer un manejo emocional adecuado.

**Palabras clave:** COVID-19, niños, adolescentes, ansiedad, depresión, impacto psicopatológico.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por Coronavirus (COVID-19) ha desencadenado una situación de restricción en las interacciones sociales debido al confinamiento que se impuso en muchos países. Estas medidas han motivado un cambio en la sociedad, generando un distanciamiento social y un incremento del uso de internet para llevar a cabo el aprendizaje de los jóvenes, así como para el desempeño laboral en muchos puestos de trabajo y en el tiempo del ocio. El confinamiento y la cuarentena son estados de aislamiento psicológicamente angustiantes y desagradables para cualquier persona que los experimenta, que pueden afectar a nuestra salud mental (1, 2).

Los jóvenes tienen mayor riesgo que los adultos para desarrollar patología psiquiátrica en situaciones de confinamiento o cuarentena (3). Además, los menores son más vulnerables a los efectos adversos del aislamiento social debido a las repercusiones que motivan en su actividad física e interacción social (4, 5). Coherente con ello, estudios durante el primer año de pandemia estiman que los problemas de salud mental en niños y adolescentes se han duplicado, al menos, respecto a las estimaciones pre-pandémicas (6). Los síntomas de ansiedad y depresión fueron los más frecuentes entre los niños y adolescentes durante el confinamiento por COVID-19 (7, 8). También se han mostrado incrementos de la irritabilidad y la ira entre este tipo de población (9). Así mismo, se ha observado un incremento en las autolesiones y en las ideas y los intentos de suicidio en los niños y adolescentes (10) desde que inicia la pandemia, y también se han reactivado los trastornos de conducta

adequate social support on the minor-caregiver dyad should be encouraged to promote proper emotional management.

**Keywords:** COVID-19, children, adolescents, anxiety, depression, psychopathological impact.

alimentaria, principalmente entre los adolescentes, tras el confinamiento (11).

Toda esta problemática puede verse mucho más acusada en los menores con necesidades especiales o con patología psiquiátrica previa (8, 12), que merecen un estudio y seguimiento específico. En un estudio descriptivo anterior en una muestra de pacientes menores con antecedentes psiquiátricos mostramos que las principales dimensiones de sintomatología clínica extrema durante el confinamiento, valorada mediante el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA), fueron: aislamiento, ira, depresión, ansiedad, agresión, sintomatología postraumática y problemas emocionales (13).

Además de las dificultades socioeconómicas derivadas del confinamiento, los padres o cuidadores han manifestado un incremento de la sintomatología clínica, principalmente en irritabilidad y conductas desadaptativas, tales como el abuso verbal, el castigo o el gritar a sus hijos (8, 9). También coherente con ello, nosotros previamente encontramos en padres o cuidadores de menores con antecedentes de patología psiquiátrica durante el confinamiento mayores índices psicopatológicos en las dimensiones de obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad y depresión (13).

La mayoría de los trabajos de investigación publicados en menores son transversales y, aquellos que han abordado el análisis longitudinal lo han hecho en población de niños y/o adolescentes sin antecedentes de patología psiquiátrica previa (4, 14). Continuando con nuestro trabajo, desde el Hospital de día de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico de Valladolid se ha mantenido la evaluación de los

posibles efectos de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental en los menores con antecedentes de psicopatología y también en sus padres o cuidadores que acudían a tratamiento una vez concluido dicho periodo de confinamiento y coincidiendo con un periodo de baja incidencia entre la cuarta y quinta ola COVID-19 en España. Los objetivos de este artículo son: 1) describir los posibles efectos emocionales y conductuales en estas dos poblaciones tras un año del fin del confinamiento y 2) valorar la evolución longitudinal de la sintomatología clínica en este periodo. Nuestra hipótesis de partida es que, dado el aún continuo cuidado de contagio a través de medidas excepcionales y la sensación de vulnerabilidad transmitida por las autoridades competentes y los medios de comunicación, la sintomatología clínica se mantendrá en niveles similares un año después del fin del confinamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Muestra

Se evaluaron menores y su cuidadores durante dos momentos temporales. (N=81 familias). Los menores eran pacientes que acudían al Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid con diversos diagnósticos y fueron valorados y diagnosticados por el especialista de psiquiatría del hospital (C.D.M.). Los diagnósticos de los pacientes menores se pueden encontrar divididos por grupo de estudio en la [Tabla 1](#). Una parte de la muestra fue evaluada durante el confinamiento (T1: mayo a julio de 2020), mientras que otra parte fueron valorados un año después (T2: mayo a julio de 2021).

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital de acuerdo con el código ético de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki).

**Tabla 1.** Número de pacientes menores por diagnóstico clínico para cada uno de los dos estudios.

	Estudio pretest/postest – T1 (n=22)	Estudio pretest/postest – T2 (n=32)	Estudio longitudinal T1/T2 (n=27)
Trastorno de personalidad	5 (22,7%)	6 (18,8%)	3 (11,1%)
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)	2 (9,1%)	7 (21,9%)	5 (18,5%)
Trastorno del espectro autista (TEA)	1 (4,6%)	6 (18,8%)	7 (25,9%)
Depresión	3 (13,6%)	7 (21,9%)	2 (7,4%)
Anorexia nerviosa	5 (22,7%)	3 (9,4%)	1 (3,7%)
Trastorno bipolar	2 (9,1%)	2 (6,3%)	2 (7,4%)
Psicosis	1 (4,6%)	3 (9,4%)	2 (7,4%)
Trastorno del neurodesarrollo	2 (9,1%)	0 (0,0%)	4 (14,8%)
Trastorno adaptativo	4 (18,2%)	1 (3,1%)	0 (0,0%)
Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	0 (0,0%)	4 (12,5%)	1 (3,7%)
Trastorno negativista desafiante (TND)	2 (9,1%)	1 (3,1%)	2 (7,4%)
Ansiedad	1 (4,6%)	0 (0,0%)	2 (7,4%)
Trastorno de conducta	2 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Trastorno del control de impulsos	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (3,7%)
Mutismo selectivo	1 (4,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Discapacidad intelectual	1 (4,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Trastorno específico del lenguaje (TEL)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)
Síndrome de Tourette	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,7%)

## Instrumentos de evaluación clínica

Los datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de vivienda, número de convivientes) y clínicos (diagnóstico, antecedentes psicopatológicos y antecedentes de maltrato o trauma) de los participantes fueron registrados por la psiquiatra infanto-juvenil responsable y recogidos desde las historias clínicas de los menores y durante las entrevistas realizadas a los cuidadores principales. La sintomatología clínica y situación emocional durante el confinamiento (T1) y un año después (T2) se valoró en los menores y sus cuidadores a través de los cuestionarios autoaplicados Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) y Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90), respectivamente.

El SENA es un instrumento que permite la detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta en los menores desde los tres hasta los dieciocho años, que dispone de tres niveles diferentes según la edad: Infantil (3-6 años), Primaria (6-12 años) y Secundaria (12-18 años). La evaluación ofrece dos alternativas: 1) el propio menor responde de forma autoaplicada (puntuaciones SENA-M) o 2) un cuidador informa sobre el menor (puntuaciones SENA-C). En el presente estudio se emplearon las puntuaciones tipificadas (valores de 0 a 100, media=50, DT=10) para las diecinueve medidas comunes a todas las versiones del cuestionario empleadas (edades primaria y secundaria; autoevaluación de menores e informe de los cuidadores sobre los menores). Las medidas corresponden a las siguientes categorías primarias: Problemas interiorizados [depresión (DEP), ansiedad (ANS), ansiedad social (ASC) y quejas somáticas (SOM)]; Problemas exteriorizados [atención (ATE), hiperactividad-impulsividad (HIP), control de la ira (IRA), agresión (AGR), conducta desafiante (DES) y conducta antisocial (ANT)]; Problemas específicos [consumo de sustancias (SUS), conducta alimentaria (ALD)]; y Áreas de vulnerabilidad y recursos personales [regulación emocional (REG) e integración y competencia social (SOC)]. Adicionalmente, se calcularon los índices generales de problemas: global (GLO), emocionales (EMO), conductuales (CON), de las funciones ejecutivas (EJE) y de recursos personales (REC). De acuerdo con los criterios de

la prueba, la puntuación igual o superior a 80 indica sintomatología patológica en cada escala.

El impacto emocional en los padres/cuidadores fue evaluado mediante el cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R, versión española. Se trata de un cuestionario de sintomatología clínica autoaplicado que consta de 90 ítems. La corrección de la prueba permite obtener las puntuaciones tipificadas (valores de 0 a 100, media=50, DT=10) en nueve escalas sintomáticas primarias: somatizaciones (SOM), obsesiones y compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (INT), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR) y psicoticismo (PSI); y también en tres índices globales de malestar psicológico: índice global de severidad (GSI), índice positivo de malestar (PST) y total de síntomas positivos (PSDI)). En esta herramienta, el umbral psicopatológico se consideró en 90 puntos para cada una de sus escalas.

## Análisis estadístico

Con el fin de aprovechar toda la potencialidad de nuestra muestra y dado que no todos los participantes fueron evaluados en ambos momentos (durante el confinamiento y un año después, T1 y T2 respectivamente), el análisis estadístico se dividió en dos estudios separados: un primero de tipo pretest/postest de medidas independientes entre los grupos T1 y T2, y otro longitudinal de medidas repetidas donde los participante sí fueron evaluados por partida doble. El análisis estadístico se hizo empleando el programa SPSS en su versión 24.

### *Estudio pretest/postest de medidas independientes*

Se emplearon pruebas t de Student y  $\chi^2$  (respectivamente para medidas continuas y categóricas) para estudiar si los grupos de estudio estaban correctamente balanceados en edad, sexo, tipo de vivienda y antecedentes de maltrato.

Mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se determinó que las puntuaciones SENA y SCL-90 no se distribuían de forma normal en las muestras de estudio. Por tanto, los niveles de sintomatología se contrastaron entre ambos momentos temporales T1 y T2 empleando la prueba no paramétrica U

de Mann-Whitney. Adicionalmente se calcularon el número y porcentaje de participantes cuya puntuación sintomatológica, en cada dimensión, superaba el umbral de patología (casos extremos). Las diferencias en el porcentaje de sujetos con patología significativa fueron contrastadas entre los grupos T1 y T2 empleando la prueba  $\chi^2$ .

### *Estudio longitudinal de medidas repetidas*

El análisis longitudinal para comparar la evolución de la sintomatología entre los momentos T1 y T2 se realizó mediante la prueba no paramétrica de rangos con signo de Wilcoxon para las medidas continuas (puntuaciones SENA y SCL-90) y  $\chi^2$  de McNemar para las medidas categoriales (porcentaje de casos extremos) donde se atendieron los cambios de las proporciones de casos patológicos a no patológicos (y viceversa) entre ambos momentos T1 y T2. Se estableció el nivel de significación inicialmente en  $p \leq 0,05$ . En el caso de diferencias significativas, adicionalmente se realizará y valorará una corrección de p por comparaciones múltiples de tipo Bonferroni según el número de comparaciones por test ( $p \leq 0,003$  y  $p \leq 0,004$  para el análisis de las puntuaciones SENA y SCL-90 respectivamente).

Adicionalmente, para estudiar el posible efecto de otras variables en el cambio de la sintomatología entre momentos temporales, se realizó un Modelo Lineal General (MLG) de medidas repetidas. En primer lugar, para las puntuaciones SENA, el MLG incluyó como factores intra-sujeto las variables Tiempo (T1 y T2) y Dimensión (19 medidas de la prueba), y como factor inter-sujeto el Grupo (autoevaluación de los menores o valoración de sus cuidadores). Adicionalmente, se repitió el MLG para las medidas SENA incluyendo como factores inter-sujeto las variables Sexo, para estudiar si padres y madres valoran del mismo modo a sus hijos, así como los antecedentes de Maltrato, para valorar su posible efecto en la evolución de la sintomatología. Por otro lado, se realizó un nuevo MLG para el estudio de las puntuaciones SCL-90 donde los factores intra-sujeto fueron también Tiempo y Dimensión (en este caso las 12 medidas), y los factores inter-sujeto fueron Sexo, para valorar si padres y madres sufren una evolución de la sintomatología diferenciada y también Maltrato. En los MLG se

estudiaron los efectos de cada factor, así como sus interacciones, se calcularon sus medias marginales y se realizaron los análisis pos-hoc necesarios empleando el ajuste Bonferroni para varias comparaciones.

## RESULTADOS

### Muestra

Una muestra de 81 familias, consistentes en 81 menores pacientes del Hospital de día y 107 de sus cuidadores principales, accedieron a participar en el estudio. De ellos, 49 menores (40,8% mujeres; rango de edad=7-18 años, edad media=13,53, DT=3,14) y 66 cuidadores (73,8% mujeres; rango de edad=32-59, edad media=46,82, DT=5,78) fueron evaluados durante el confinamiento (T1), mientras que fueron 59 menores (32,2% mujeres; rango de edad=8-18, edad media=13,85, DT=2,41) y 79 cuidadores (74,7% mujeres; rango de edad=32-62, edad media=47,27, DT=5,39) los valorados un año después (T2).

Los cuidadores fueron mayoritariamente padres (34,7%) o madres (65,3%) acompañantes e informadores de su hijo/a, aunque también participó una abuela (0,8%) y una cuidadora sin vínculo filial (0,8%).

Adicionalmente, se valoró la presencia y tipo de maltrato en los pacientes menores. Se detectó maltrato físico en un solo menor (1,2%), 7 presentaron maltrato psicológico (8,5%) y 24 acoso escolar (29,3%). En cuanto a los adultos cuidadores, 4 reportaron maltrato físico en su niñez (3,3%), 12 maltrato psicológico (9,9%), 6 acoso escolar (5,0%) y 6 abuso sexual (5,0%). Durante el desarrollo del estudio, 49 de las familias (59,8%) vivieron en un piso o casa con terraza o jardín y el número medio de personas por hogar fue de 3,79 (DT=0,86). De estas familias, 9 pasaron por la enfermedad y 3 sufrieron la muerte de un familiar durante el primer periodo de confinamiento. En la evaluación de un año después, 10 familias habían sufrido COVID-19 (7 de ellos requirieron ingreso y 1 ingreso en UVI) y 10 sufrieron la muerte de un familiar.

### Estudio pretest/postest de medidas independientes

54 familias (54 menores y 69 cuidadores) fueron evaluados –de forma independiente– bien en T1 (periodo de confinamiento; 22 menores y 28

cuidadores), bien en T2 (post-confinamiento; 32 menores y 41 cuidadores). En las [Tablas 2 a 4](#) pueden verse las principales características demográficas, puntuaciones clínicas y casos extremos o patológicos en cada grupo.

### Estudio longitudinal de medidas repetidas

Adicionalmente, 27 familias (27 menores y 38 cuidadores) participaron en ambas evaluaciones T1 y T2, permitiendo un análisis longitudinal de su evolución sintomatológica. Los menores fueron un 25,9% niñas y se encontraban en un rango de edad de 8-18 años (media=13,19, DT=2,86). Los cuidadores fueron todos padres (13,6%) o madres (86,4%) y se encontraban en un rango de edad de 32-57 años (edad media=45,00, DT=6,4). Durante el confinamiento, un 72,7% de estas familias convivieron en viviendas con jardín, patio o terraza y el promedio de personas por vivienda fue de 3,81 (DT=0,74). Las [Tablas 5 a 7](#) muestra las características demográficas, puntuaciones clínicas y porcentaje de casos patológicos o extremos en cada subgrupo.

### Estudio pretest/postest de medidas independientes

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (T1 y T2) en las principales variables demográficas (edad, sexo, tipo de vivienda y personas por vivienda) para los tres estudios pretest/postest (SENA-M, SENA-C y SCL-90) (ver [Tablas 2 a 4](#) y [Figura 1](#)). Tampoco se encontraron diferencias significativas entre los grupos T1 y T2 en los antecedentes de maltrato para los estudios SENA-cuidadores y SCL-90-cuidadores, aunque los resultados sí mostraron que significativamente la proporción de personas con antecedentes de maltrato fue superior en el grupo T2 que en el T1 (50% frente al 13,6%, respectivamente;  $\chi^2=7,559$ ;  $p=0,006$ ; [Tabla 2](#)).

En cuanto a las medidas SENA autoevaluadas por los propios menores (SENA-M), los análisis resultaron en una mayor sintomatología clínica en el periodo post-confinamiento T2 para las dimensiones de depresión (DEP;  $U=-2,404$ ;  $p=0,016$ ), ansiedad (ANS;  $U=-2,317$ ;  $p=0,021$ ), ansiedad social (ASC;  $U=-2,268$ ;  $p=0,023$ ) y quejas somáticas (SOM;  $U=-2,410$ ;  $p=0,016$ ), así como para las medidas generales global (GLO;  $U=-2,100$ ;  $p=0,036$ ) y de problemas emocionales (EMO;  $U=-2,617$ ;

$p=0,009$ ). Sin embargo, la puntuación SENA se vio disminuida en T2 para las dimensiones de integración y competencia social (SOC;  $U=-2,110$ ;  $p=0,035$ ) y de recursos personales (REC;  $U=-2,606$ ;  $p=0,009$ ). No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de casos extremos (patológicos) en ninguno de estos casos ([Tabla 2](#) y [Figura 1](#)).

Cuando la evaluación SENA fue realizada por parte de los cuidadores responsables de los menores (SENA-C), esta mostró un incremento de la sintomatología clínica en T2 (post-confinamiento) en las dimensiones de depresión (DEP;  $U=-2,455$ ;  $p=0,014$ ), ansiedad (ANS;  $U=-2,090$ ;  $p=0,037$ ) y conducta alimentaria (ALI;  $U=-2,611$ ;  $p=0,009$ ), así como en la medida general de problemas emocionales (EMO;  $U=-2,336$ ;  $p=0,019$ ). Adicionalmente, el incremento de casos extremos se encontró en las medidas de problemas de atención (ATE), regulación emocional (REG) y en la puntuación general de problemas en las funciones ejecutivas (EJE;  $\chi^2=4,171$ ;  $p=0,041$  en los tres casos) ([Tabla 3](#) y [Figura 1](#)).

Por último, la evaluación de la sintomatología clínica de los propios cuidadores mediante el SCL-90 mostró solamente una disminución en T2 en la dimensión de ansiedad fóbica tanto en el nivel de síntomas (FOB;  $U=-2,243$ ;  $p=0,025$ ) como en el porcentaje de casos extremos o patológicos (FOB;  $\chi^2=6,855$ ;  $p=0,009$ ) ([Tabla 4](#) y [Figura 1](#)).

### Estudio longitudinal de medidas repetidas

El estudio longitudinal de medidas repetidas T1-T2 determinó un incremento significativo solamente para ansiedad social en la autoevaluación de menores (SENA-M) ( $Z=-2,080$ ;  $p=0,38$ ), así como una disminución en hiperactividad e impulsividad en la evaluación reportada por sus cuidadores (SENA-C) ( $Z=-1,975$ ;  $p=0,048$ ). La evaluación de la evolución de la sintomatología clínica en cuidadores mediante la escala SCL-90 determinó un incremento significativo solamente en la dimensión de somatizaciones ( $Z=-2,335$ ;  $p=0,20$ ) ([Tablas 5-7](#) y [Figura 2](#)). Por último, el estudio de los cambios en los casos extremos o patológicos entre los momentos temporales T1 y T2 no determinó ninguna significación estadística para ninguna de las tres evaluaciones clínicas ([Tablas 8-10](#)).

**Tabla 2.** Resultados SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Autoevaluación de los menores (SENA-M). Muestras no relacionadas.

	Menores T1		Menores T2	
Tamaño de la muestra	22		32	
Rango de edad (años)	7-18		10-17	
Edad media (años)	13,95 (3,48)		14,41 (1,83)	
Sexo (M:F)	9:13		20:12	
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terraza)	17:5		16:16	
Personas por vivienda	3,57		3,91	
<b>Antecedentes de maltrato (Sí:No)</b>	<b>3:19 (13,6:86,4%)*</b>		<b>16:16 (50,0%:50,0%)</b>	
	Puntuación	% patología	Puntuación	% patología
<i>SENA-M (autoevaluación de los menores) – Escalas primarias</i>				
<b>Depresión (DEP)</b>	<b>57,91 (13,90)*</b>	<b>3 (13,6%)</b>	<b>68,09 (16,14)</b>	<b>11 (34,4%)</b>
<b>Ansiedad (ANS)</b>	<b>54,50 (9,83)*</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>63,09 (13,24)</b>	<b>3 (9,4%)</b>
<b>Ansiedad social (ASC)</b>	<b>52,95 (12,79)*</b>	<b>1(4,5%)</b>	<b>62,47 (14,56)</b>	<b>5 (15,6%)</b>
<b>Quejas somáticas (SOM)</b>	<b>50,65 (9,30)*</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>59,00 (11,80)</b>	<b>4 (12,5%)</b>
Atención (ATE)	53,82 (8,18)	0 (0,0%)	56,00 (10,51)	1 (3,1%)
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	56,00 (8,57)	1 (4,5%)	56,41 (10,97)	2 (6,3%)
Control de la ira (IRA)	54,64 (9,48)	0 (0,0%)	57,28 (13,39)	1 (3,1%)
Agresión (AGR)	49,40 (13,04)	2 (9,1%)	50,75 (10,70)	0 (0,0%)
Conducta desafiante (DES)	55,00 (11,56)	1 (4,5%)	56,09 (15,36)	5 (15,6%)
Conducta antisocial (ANT)	52,87 (16,15)	1 (4,5%)	52,50 (11,05)	0 (0,0%)
Consumo de sustancias (SUS)	51,93 (14,66)	1 (4,5%)	48,39 (7,17)	0 (0,0%)
Conducta alimentaria (ALI)	55,67 (10,53)	0 (0,0%)	63,14 (13,91)	3 (9,4%)
Regulación emocional (REG)	57,35 (10,88)	0 (0,0%)	62,88 (14,87)	4 (12,5%)
<b>Integración y competencia social (SOC)</b>	<b>45,15 (11,29)*</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>36,16 (14,18)</b>	<b>0 (0,0%)</b>
<i>SENA-M (autoevaluación de los menores) – Índices generales de problemas</i>				
<b>Global de problemas (GLO)</b>	<b>55,77 (8,18)*</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>62,84 (13,52)</b>	<b>4 (12,5%)</b>
<b>Emocionales (EMO)</b>	<b>55,77 (10,91)**</b>	<b>1 (4,5%)</b>	<b>65,78 (14,37)</b>	<b>7 (21,9%)</b>
Conductuales (CON)	53,18 (12,61)	2 (9,1%)	55,16 (12,48)	1 (3,1%)
Funciones ejecutivas (EJE)	57,60 (7,90)	0 (0,0%)	59,94 (11,42)	3 (9,4%)
<b>Recursos personales (REC)</b>	<b>44,20 (12,34)**</b>	<b>0 (0,0%)</b>	<b>33,81 (13,47)</b>	<b>0 (0,0%)</b>

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.005 (prueba de U de Mann-Whitney o  $\chi^2$ , según corresponda).

**Tabla 3.** Resultados SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Evaluación de los familiares/cuidadores. Muestras no relacionadas.

	Menores T1	Menores T2
Tamaño de la muestra	26	34
Rango de edad (años)	35-55	39-56
Edad media (años)	46,64 (4,96)	47,59 (4,45)
Sexo (M:F)	2:24	8:26
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terraza)	17:9	17:17
Personas por vivienda	3,64	3,88
Antecedentes de maltrato (Sí:No)	9:17	10:24

**Tabla 3.** Resultados SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Evaluación de los familiares/cuidadores. Muestras no relacionadas (Continuación).

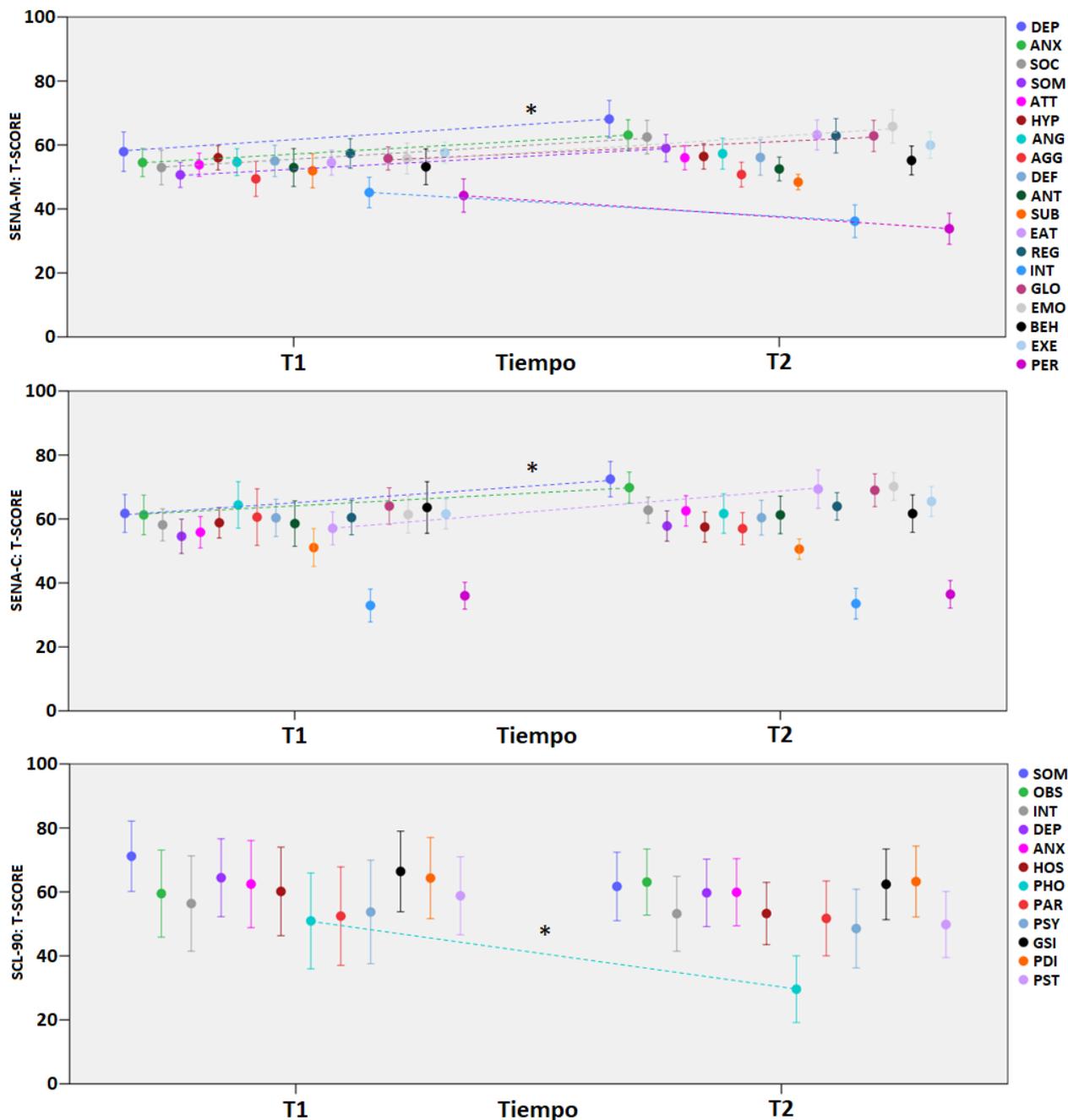
	Puntuación	% patología	Puntuación	% patología
SENA-C (evaluación de los familiares/cuidadores) – Escalas primarias				
<b>Depresión (DEP)</b>	<b>61,73 (14,69)*</b>	<b>4 (15,4%)</b>	<b>72,18 (15,29)</b>	<b>12 (35,3%)</b>
<b>Ansiedad (ANS)</b>	<b>61,27 (15,31)*</b>	<b>5 (19,2%)</b>	<b>69,79 (13,97)</b>	<b>9 (26,5%)</b>
Ansiedad social (ASC)	58,15 (12,39)	0 (0,0%)	62,76 (11,56)	3 (8,8%)
Quejas somáticas (SOM)	54,58 (13,27)	1 (3,8%)	57,79 (13,60)	2 (5,9%)
<b>Atención (ATE)</b>	<b>55,85 (12,14)</b>	<b>0 (0,0%)*</b>	<b>62,53 (13,63)</b>	<b>5 (14,7)</b>
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	58,81 (11,74)	1 (3,8%)	57,47 (13,45)	4 (11,8%)
Control de la ira (IRA)	64,12 (17,34)	7 (26,9%)	61,68 (17,69)	7 (20,6%)
Agresión (AGR)	59,38 (18,95)	5 (19,2%)	56,97 (14,37)	4 (11,8%)
Conducta desafiante (DES)	60,35 (14,42)	2 (7,7%)	60,38 (15,56)	5 (14,7%)
Conducta antisocial (ANT)	57,78 (19,50)	3 (11,5%)	61,20 (17,75)	5 (14,7%)
Consumo de sustancias (SUS)	49,94 (13,28)	1 (3,8%)	50,57 (9,66)	1 (2,9%)
<b>Conducta alimentaria (ALI)</b>	<b>57,06 (15,49)*</b>	<b>2 (7,7%)</b>	<b>68,83 (17,27)</b>	<b>8 (23,5)</b>
<b>Regulación emocional (REG)</b>	<b>60,42 (13,25)</b>	<b>0 (0,0%)*</b>	<b>63,94 (12,29)</b>	<b>5 (14,7%)</b>
Integración y competencia social (SOC)	32,96 (12,70)	0 (0,0%)	33,53 (13,75)	0 (0,0%)
SENA-C (evaluación de los familiares/cuidadores) – Índices generales de problemas				
Global de problemas (GLO)	64,04 (14,12)	4 (15,4%)	68,97 (14,66)	9 (26,5%)
<b>Emocionales (EMO)</b>	<b>61,38 (14,27)*</b>	<b>4 (15,4%)</b>	<b>70,15 (12,44)</b>	<b>10 (29,4%)</b>
Conductuales (CON)	63,38 (19,59)	7 (26,9%)	61,68 (16,75)	7 (20,6%)
<b>Funciones ejecutivas (EJE)</b>	<b>61,58 (11,57)</b>	<b>0 (0,0%)*</b>	<b>65,47 (13,37)</b>	<b>5 (14,7%)</b>
Recursos personales (REC)	36,00 (10,39)	0 (0,0%)	36,44 (12,36)	0 (0,0%)

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.005 (prueba de U de Mann-Whitney o  $\chi^2$ , según corresponda).

**Tabla 4.** Resultados SCL-90 en familiares/cuidadores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Autoevaluación. Muestras no relacionadas.

	Cuidadores T1		Cuidadores T2	
Tamaño de la muestra	28		41	
Rango de edad	35-59		39-62	
Edad media	47,33 (6,15)		48,02 (5,18)	
Sexo	12:16		14:27	
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terrace)	19:9		19:22	
Personas por vivienda	3,77		3,95	
Antecedentes de maltrato (Sí:No)	6:22		10:31	
	Puntuación	% patología	Puntuación	% patología
SCL-90 (autoevaluación) – Escalas primarias				
Somatizaciones (SOM)	71,14 (28,38)	16 (57,1%)	61,71 (33,92)	20 (48,8%)
Obsesiones y compulsiones (OBS)	59,46 (35,04)	13 (46,4%)	63,07 (32,72)	20 (48,8%)
Sensitividad interpersonal (SI)	56,36 (38,39)	13 (46,4%)	53,17 (37,10)	16 (39,0%)
Depresión (DEP)	64,43 (31,38)	14 (50,0%)	59,71 (33,40)	18 (43,9%)
Ansiedad (ANS)	62,43 (35,13)	15 (53,6%)	59,88 (33,26)	17 (41,5%)
Hostilidad (HOS)	60,14 (35,71)	13 (46,4%)	53,24 (30,80)	13 (31,7%)
<b>Ansiedad fóbica (FOB)</b>	<b>50,93 (38,67)*</b>	<b>11 (39,3%)*</b>	<b>29,59 (33,07)</b>	<b>5 (12,2%)</b>
Ideación paranoide (PAR)	52,43 (39,69)	13 (46,4%)	51,71 (37,03)	15 (36,6%)
Psicoticismo (PSI)	53,71 (41,71)	14 (50,0%)	48,54 (39,05)	15 (36,6%)
SCL-90 (autoevaluación) – Índices globales de malestar psicológico				
Global de severidad (GSI)	66,39 (32,44)	15 (53,6%)	62,37 (34,99)	23 (56,1%)
Positivo de malestar (PST)	64,32 (32,73)	13 (46,4%)	63,23 (35,12)	21 (51,2%)
Total de síntomas positivos (PSDI)	58,79 (31,47)	10 (35,7%)	49,80 (32,75)	11 (26,8%)

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.005 (prueba de U de Mann-Whitney o  $\chi^2$ , según corresponda).



**Figura 1.** Puntuaciones SENA-M y SENA-C de los menores y SCL-90 de sus cuidadores (respectivamente de arriba a abajo) en los momentos temporales T1 (confinamiento) y T2 (post-confinamiento) para el análisis pretest/postest de medidas independientes. Se encontró un efecto significativo T1/T2 en las dimensiones clínicas marcadas con asterisco. Barras de error: 95% CI

En el MLG para las escalas SENA, la prueba multivariante determinó un efecto únicamente de la variable intra-sujeto Dimensión (Lambda de Wilks= 0,030; F=14,521; p<0,001). No se encontró

significación en ninguna de sus interacciones con otras variables inter o intra-sujeto. El modelo no cumplió las condiciones de esfericidad para ninguna de las variables, por lo que se calcularon las pruebas

de efectos intra-sujeto corregidas por el método Greenhouse-Geisser, que confirmó la significación del efecto de Dimensión ( $F=21,155$ ;  $p<0,001$ ) (Figura 1). Por otro lado, la prueba de efecto inter-sujetos determinó diferencias significativas para la variable Grupo (menores vs. cuidadores;  $F=6,12$ ;  $p=0,021$ ), aunque no se encontró un efecto de interacción de esta variable y el momento de evaluación (Grupo\*Tiempo; Lambda de Wilks= 0,906;  $F=2,591$ ;  $p=0,120$ ). El estudio post-hoc de las medias marginales confirma estos efectos: en la escala SENA, las puntuaciones de los cuidadores hacia los menores fueron superiores a las de los propios menores (diferencia de medias=-6,145;  $p=0,021$ ), aunque no hay una diferencia entre las evaluaciones para momentos temporales diferentes T1 y T2, con independencia de otros factores (diferencia de medias=-0,794;  $p=0,416$ ) (Figura 3). Al introducir las variables inter-sujeto Sexo, Maltrato y Acontecimiento COVID, éstas no mostraron un efecto significativo en el modelo (respectivamente,  $F=1,503$ ;  $p=0,235$ ; diferencia de medias=4,643;  $p=0,109$ ;  $F=1,033$ ;  $p=0,322$ ; diferencia de medias=2,280;  $p=0,418$ ). El MLG no encontró ningún otro efecto significativo para las interacciones entre las medidas intra- e inter-sujeto.

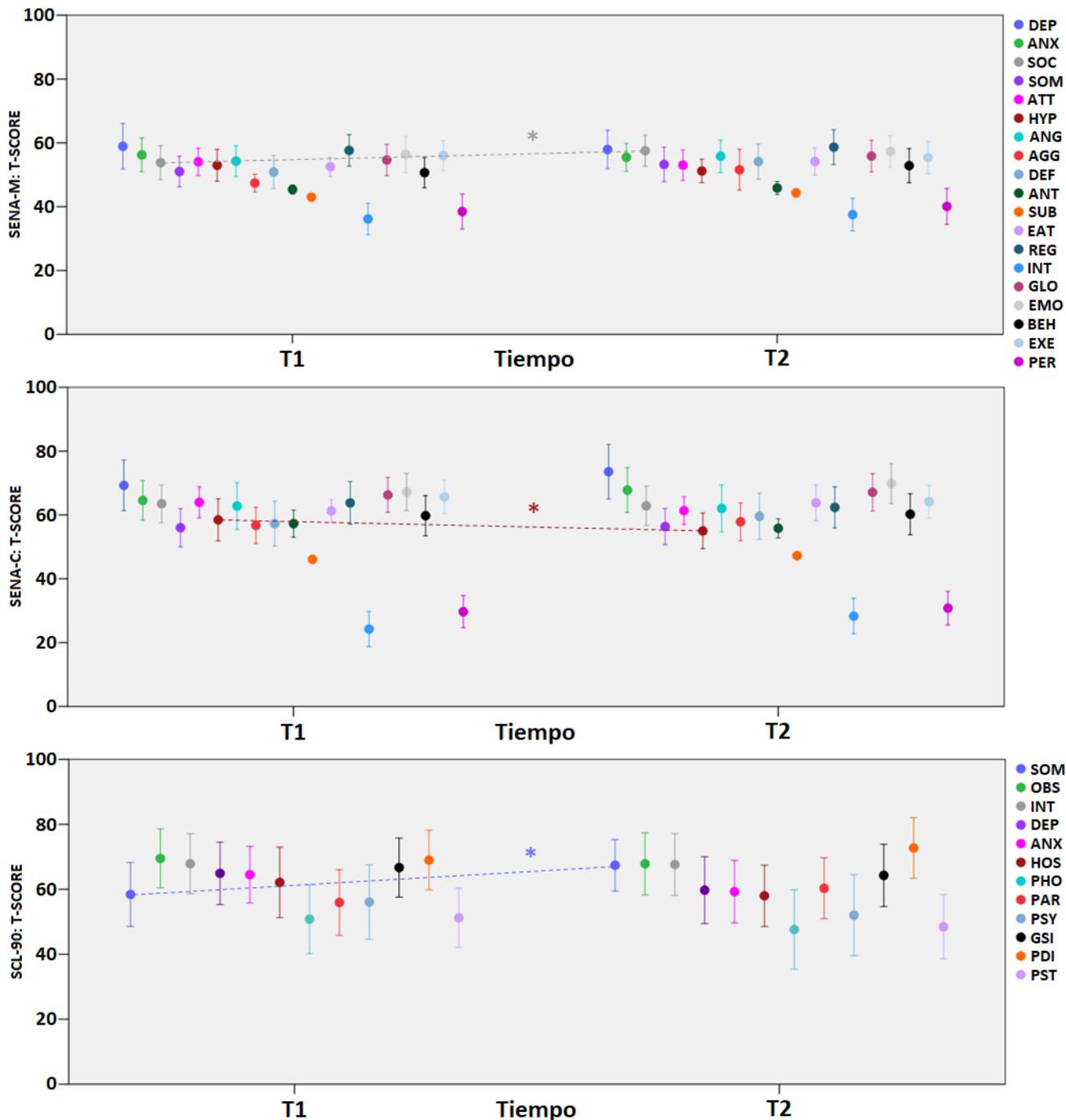
En segundo lugar, se realizó un nuevo MLG para la autoevaluación SLC-90 de cuidadores. La prueba multivariante confirmó un efecto de la variable intra-sujeto Dimensión (Lambda de Wilks= 0,329;  $F=5,001$ ;  $p<0,001$ ) (Figura 2), pero no su interacción con el momento de evaluación (Dimensión\*Tiempo; Lambda de Wilks= 0,696;  $F=1,073$ ;  $p=0,417$ ). Se midieron de nuevo las pruebas de efectos intra-sujetos corregidas por Greenhouse-Geisser, que confirmaron el efecto de Dimensión ( $F = 6,814$ ;  $p< 0,001$ ). Al introducir en el modelo los factores inter-sujeto Sexo y Maltrato, no mostraron un efecto significativo el primero ( $F=2,708$ ;  $p=0,109$ ), pero sí el segundo (con vs. sin antecedentes;  $F=4,430$ ;  $p=0,043$ ). La prueba post-hoc determinó que los cuidadores con antecedentes de maltrato puntuaron significativamente por encima de aquellos sin antecedentes (diferencia de medias=22,433;  $p=0,043$ ). Sin embargo, no se encontró interacción entre antecedentes de maltrato y momento de la evaluación (Maltrato\*Tiempo; Lambda de Wilks=

0,996;  $F= 0,122$ ;  $p=0,730$ ) (Figura 3). El MLG no encontró ningún efecto significativo de las demás interacciones entre las medidas intra- e inter-sujeto.

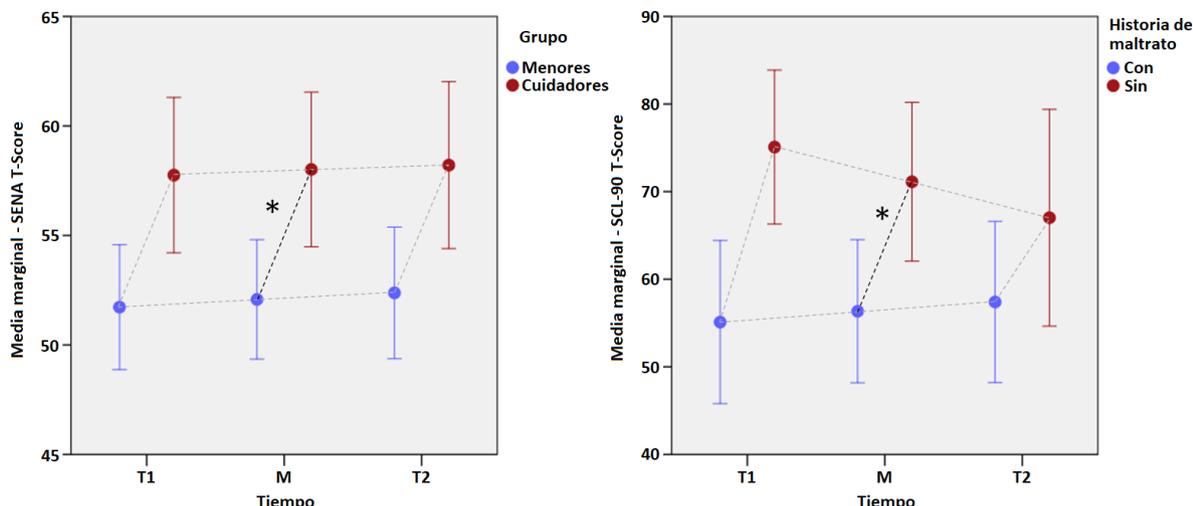
**Tabla 5.** Puntuaciones SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Autoevaluación de los menores.

	Menores T1	Menores T2
Tamaño de la muestra	27	
Rango de edad (años)	8-18	
Edad media (años)	13,19 (2,86)	
Sexo (M:F)	20:7	
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terrace)	16:11	
Personas por vivienda	3,81 (0,74)	
Antecedentes de maltrato (Sí:No)	12:15	
SENA-M (autoevaluación de los menores) – Escalas primarias		
Depresión (DEP)	58,93 (18,00)	57,93 (15,31)
Ansiedad (ANS)	56,22 (13,40)	55,48 (11,10)
<b>Ansiedad social (ASC)</b>	<b>53,80 (13,96)*</b>	<b>57,52 (12,31)</b>
Quejas somáticas (SOM)	51,00 (12,53)	53,22 (13,64)
Atención (ATE)	54,07 (10,83)	53,04 (12,04)
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	52,96 (12,63)	51,19 (9,29)
Control de la ira (IRA)	54,26 (12,19)	55,81 (12,92)
Agresión (AGR)	47,40 (7,31)	51,56 (16,23)
Conducta desafiante (DES)	50,88 (13,88)	54,15 (13,87)
Conducta antisocial (ANT)	45,38 (4,84)	45,86 (5,82)
Consumo de sustancias (SUS)	43,00 (2,94)	44,33 (3,50)
Conducta alimentaria (ALI)	52,50 (9,88)	54,19 (12,25)
Regulación emocional (REG)	57,64 (13,07)	58,67 (13,83)
Integración y competencia social (SOC)	36,16 (12,95)	37,52 (12,88)
SENA-M (autoevaluación de los menores) – Índices generales de problemas		
Global de problemas (GLO)	54,63 (12,32)	55,85 (12,61)
Emocionales (EMO)	56,37 (14,44)	57,33 (12,60)
Conductuales (CON)	50,67 (12,01)	52,85 (13,58)
Funciones ejecutivas (EJE)	56,00 (12,42)	55,37 (12,78)
Recursos personales (REC)	38,48 (14,39)	40,07 (14,22)

\*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,005$  (Prueba de rangos con signo de Wilcoxon o  $\chi^2$ , según corresponda).



**Figura 2.** Puntuaciones SENA-M y SENA-C de los menores y SCL-90 de sus cuidadores (respectivamente de arriba a abajo) en los momentos temporales T1 (confinamiento) y T2 (post-confinamiento) para el análisis lomgitudinal de medidas repetidas. Se encontró un efecto significativo T1/T2 en las dimensiones clínicas marcadas con asterisco. Barras de error: 95% CI



**Figura 3.** Medias marginales de las puntuaciones SENA de los menores y SCL-90 de sus cuidadores en los momentos temporales T1 (confinamiento) y T2 (postconfinamiento), así como su promedio M (respectivamente de izquierda a derecha). Se encontró un efecto significativo para el tipo de evaluador SENA (Grupo) en el primer caso y de los antecedentes de maltrato en el segundo. Sin embargo, no se encontró un efecto de interacción con el momento temporal. Barras de error: 95% CI

**Tabla 6.** Puntuaciones SENA en menores sen T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento). Evaluación de los cuidadores.

	Menores T1	Menores T2
Tamaño de la muestra		22
Rango de edad		32-57
Edad media		45,00 (6,49)
Sexo		3:19
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terracea)		14:8
Personas por vivienda		3,77 (0,97)
Antecedentes de maltrato (Sí:No)		8:14
SENA (evaluación de los familiares/cuidadores) – Escalas primarias		
Depresión (DEP)	69,27 (17,90)	73,55 (19,29)
Ansiedad (ANS)	64,55 (13,98)	67,77 (15,82)
Ansiedad social (ASC)	63,50 (13,29)	62,86 (13,94)
Quejas somáticas (SOM)	56,00 (13,50)	56,36 (12,83)
Atención (ATE)	63,95 (11,04)	61,36 (9,79)
<b>Hiperactividad-impulsividad (HIP)</b>	<b>58,45 (14,85)*</b>	<b>55,00 (12,59)</b>
Control de la ira (IRA)	62,77 (16,56)	62,05 (16,62)
Agresión (AGR)	56,73 (12,76)	57,86 (13,39)
Conducta desafiante (DES)	57,27 (15,88)	59,59 (16,27)
Conducta antisocial (ANT)	57,27 (13,90)	55,81 (7,98)
Consumo de sustancias (SUS)	46,09 (1,70)	47,25 (2,52)
Conducta alimentaria (ALI)	61,27 (11,48)	63,81 (14,94)
Regulación emocional (REG)	63,77 (15,14)	62,36 (14,50)
Integración y competencia social (SOC)	24,23 (12,38)	28,32 (12,50)
SENA (evaluación de los familiares/cuidadores) – Índices generales de problemas		
Global de problemas (GLO)	66,27 (12,30)	67,09 (13,27)
Emocionales (EMO)	67,18 (13,14)	69,82 (14,18)
Conductuales (CON)	59,77 (14,18)	60,23 (14,50)
Funciones ejecutivas (EJE)	65,68 (11,83)	64,14 (11,61)
Recursos personales (REC)	29,68 (11,43)	30,82 (11,90)

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.005 (Prueba de rangos con signo de Wilcoxon o  $\chi^2$ , según corresponda).

**Tabla 7.** Puntuaciones SCL-90 en cuidadores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento).

	Cuidadores T1	Cuidadores T2
Tamaño de la muestra	38	
Rango de edad	32-55	
Edad media	46,45 (5,55)	
Sexo	6:32	
Tipo de vivienda (CON:SIN jardín/terrace)	22:16	
Personas por vivienda	3,68 (0,78)	
Antecedentes de maltrato (Sí:No)	12:26	
SCL-90 (autoevaluación) – Escalas primarias		
<b>Somatizaciones (SOM)</b>	<b>58,42 (29,99)*</b>	<b>67,39 (24,15)</b>
Obsesiones y compulsiones (OBS)	69,50 (27,52)	67,84 (29,08)
Sensitividad interpersonal (SI)	67,87 (28,20)	67,63 (28,95)
Depresión (DEP)	64,89 (29,21)	59,74 (31,29)
Ansiedad (ANS)	64,50 (26,53)	59,26 (29,32)
Hostilidad (HOS)	62,13 (33,06)	58,00 (28,68)
Ansiedad fóbica (FOB)	50,82 (32,26)	47,63 (37,12)
Ideación paranoide (PAR)	55,95 (30,74)	60,32 (28,51)
Psicoticismo (PSI)	56,08 (34,84)	52,03 (37,97)
SCL-90 (autoevaluación) – Índices globales de malestar psicológico		
Global de severidad (GSI)	66,68 (27,67)	64,29 (29,18)
Positivo de malestar (PST)	68,97 (27,96)	72,71 (28,44)
Total de síntomas positivos (PSDI)	51,21 (27,73)	48,45 (30,11)

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.005 (Prueba de rangos con signo de Wilcoxon o  $\chi^2$ , según corresponda).

**Tabla 8.** Porcentaje de casos patológicos y no patológicos en la evaluación SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento) durante el estudio longitudinal. Autoevaluación de los menores.

		No Patología T2	Patología T2
SENA (autoevaluación de los menores)			
Depresión (DEP)	No patología T1	21 (77.8%)	0 (0.0%)
	Patología T1	3 (11.1%)	3 (11.1%)
Ansiedad (ANS)	No patología T1	26 (96.3%)	0 (0.0%)
	Patología T1	1 (3.7%)	0 (0.0%)
Ansiedad social (ASC)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	1 (3.7%)	0 (0.0%)
Quejas somáticas (SOM)	No patología T1	26 (96.3%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	1 (3.7%)
Atención (ATE)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	1 (3.7%)	0 (0.0%)
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	No patología T1	25 (92.6%)	0 (0.0%)
	Patología T1	2 (7.4%)	0 (0.0%)
Control de la ira (IRA)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	1 (3.7%)	0 (0.0%)
Agresión (AGR)	No patología T1	25 (92.6%)	2 (7.4%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Conducta desafiante (DES)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	0 (0.0%)	1 (3.7%)
Conducta antisocial (ANT)	No patología T1	27 (100%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)

**Tabla 8.** Porcentaje de casos patológicos y no patológicos en la evaluación SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento) durante el estudio longitudinal. Autoevaluación de los menores (Continuación).

Consumo de sustancias (SUS)	No patología T1	27 (100%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Conducta alimentaria (ALI)	No patología T1	26 (96.3%)	1 (3.7%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Regulación emocional (REG)	No patología T1	25 (92.6%)	2 (7.4%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Integración y competencia social (SOC)	No patología T1	27 (100%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	0 (0.0%)
SENA (evaluación de los familiares/cuidadores) – Índices generales de problemas			
Global de problemas (GLO)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	0 (0.0%)	1 (3.7%)
Emocionales (EMO)	No patología T1	24 (88.9%)	0 (0.0%)
	Patología T1	1 (3.7%)	2 (7.4%)
Conductuales (CON)	No patología T1	25 (92.6%)	1 (3.7%)
	Patología T1	1 (3.7%)	0 (0.0%)
Funciones ejecutivas (EJE)	No patología T1	26 (96.3%)	0 (0,0%)
	Patología T1	1(3.7%)	0 (0,0%)
Recursos personales (REC)	No patología T1	27 (100%)	0 (0,0%)
	Patología T1	0 (0,0%)	0 (0,0%)

No se encontraron diferencias significativas (prueba  $\chi^2$  de McNemar para medidas repetidas).

**Tabla 9.** Porcentaje de casos patológicos y no patológicos en la evaluación SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento) durante el estudio longitudinal. Evaluación de los cuidadores.

		No Patología T2	Patología T2
SENA (autoevaluación de los menores)			
Depresión (DEP)	No patología T1	13 (59.1%)	5(22.7%)
	Patología T1	0 (0.0%)	4 (18.2%)
Ansiedad (ANS)	No patología T1	18 (81.8%)	2 (9.1%)
	Patología T1	1 (4.5%)	1 (4.5%)
Ansiedad social (ASC)	No patología T1	19 (86.4%)	1 (4.5%)
	Patología T1	0 (0.0%)	2 (9.1%)
Quejas somáticas (SOM)	No patología T1	21 (95.5%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	1 (4.5%)
Atención (ATE)	No patología T1	21 (95.5%)	0 (0.0%)
	Patología T1	1 (4.5%)	0 (0.0%)
Hiperactividad-impulsividad (HIP)	No patología T1	21 (95.5%)	0 (0.0%)
	Patología T1	1 (4.5%)	0 (0.0%)
Control de la ira (IRA)	No patología T1	16 (72.7%)	2 (9.1%)
	Patología T1	2 (9.1%)	2 (9.1%)
Agresión (AGR)	No patología T1	20 (90.9%)	1 (4.5%)
	Patología T1	0 (0.0%)	1 (4.5%)
Conducta desafiante (DES)	No patología T1	17 (77.3%)	2 (9.1%)
	Patología T1	1 (4.5%)	2 (9.1%)
Conducta antisocial (ANT)	No patología T1	21 (95.5%)	0 (0.0%)
	Patología T1	1 (4.5%)	0 (0.0%)
Consumo de sustancias (SUS)	No patología T1	22 (100%)	0 (0,0%)
	Patología T1	0 (0,0%)	0 (0,0%)

**Tabla 9.** Porcentaje de casos patológicos y no patológicos en la evaluación SENA en menores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento) durante el estudio longitudinal. Evaluación de los cuidadores (Continuación).

Conducta alimentaria (ALI)	No patología T1	21 (95.5%)	1 (4.5%)
	Patología T1	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Regulación emocional (REG)	No patología T1	17 (77.3%)	0 (0.0%)
	Patología T1	2 (9.1%)	3 (13.6%)
Integración y competencia social (SOC)	No patología T1	22 (100%)	0 (0,0%)
	Patología T1	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SENA (evaluación de los familiares/cuidadores) – Índices generales de problemas			
Global de problemas (GLO)	No patología T1	18 (81.8%)	0(0.0%)
	Patología T1	1 (4.5%)	3 (13.6%)
Emocionales (EMO)	No patología T1	16 (72.7%)	3 (13.6%)
	Patología T1	1 (4.5%)	2 (9.1%)
Conductuales (CON)	No patología T1	20 (90.9%)	0 (0.0%)
	Patología T1	0 (0.0%)	2 (9.1%)
Funciones ejecutivas (EJE)	No patología T1	18 (81.8%)	1 (4.5%)
	Patología T1	1 (4.5%)	2 (9.1%)
Recursos personales (REC)	No patología T1	22 (100%)	0 (0,0%)
	Patología T1	0 (0,0%)	0 (0,0%)

No se encontraron diferencias significativas (prueba  $\chi^2$  de McNemar para medidas repetidas).

**Tabla 10.** Porcentaje de casos patológicos y no patológicos en la evaluación SCL-90 en cuidadores en T1 (durante el confinamiento) y T2 (post-confinamiento).

		No Patología T2	Patología T2
SCL-90 (autoevaluación) – Escalas primarias			
Somatizaciones (SOM)	No patología T1	19 (50.0%)	6 (15.8%)
	Patología T1	4 (10.5%)	9 (23.7%)
Obsesiones y compulsiones (OBS)	No patología T1	11 (28.9%)	5 (13.2%)
	Patología T1	8 (21.1%)	14 (36.8%)
Sensitividad interpersonal (SI)	No patología T1	13 (34.2%)	6 (15.8%)
	Patología T1	6 (15.8%)	13 (34.2%)
Depresión (DEP)	No patología T1	16 (42.1%)	3 (7.9%)
	Patología T1	9 (23.7%)	19 (26.3%)
Ansiedad (ANS)	No patología T1	18 (47.4%)	5 (13.2%)
	Patología T1	7 (18.4%)	8 (21.1%)
Hostilidad (HOS)	No patología T1	11 (28.9%)	8 (21.1%)
	Patología T1	14 (36.8%)	5 (13.2%)
Ansiedad fóbica (FOB)	No patología T1	21 (55.3%)	4 (10.5%)
	Patología T1	4 (10.5%)	9 (23.7%)
Ideación paranoide (PAR)	No patología T1	18 (47.4%)	7 (18.4%)
	Patología T1	6 (15.8%)	7 (18.4%)
Psicoticismo (PSI)	No patología T1	16 (42.1%)	8 (21.1%)
	Patología T1	8 (21.1%)	6 (15.8%)
SCL-90 (autoevaluación) – Índices globales de malestar psicológico			
Global de severidad (GSI)	No patología T1	17 (44.7%)	5 (13.2%)
	Patología T1	3 (7.9%)	13 (34.2%)
Positivo de malestar (PST)	No patología T1	12 (31.6%)	8 (21.1%)
	Patología T1	3 (7.9%)	15 (39.5%)
Total de síntomas positivos (PSDI)	No patología T1	25 (65.8%)	7 (18.4%)
	Patología T1	4 (10.5%)	2 (5.3%)

No se encontraron diferencias significativas (prueba  $\chi^2$  de McNemar para medidas repetidas).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha observado en los pacientes menores con patología psiquiátrica previa un incremento no significativo en la sintomatología clínica de las escalas de depresión, ansiedad y ansiedad social, además de otras dimensiones tales como quejas somáticas y problemas de conducta alimentaria y emocionales y también relacionadas con el control afectivo, ejecutivo y atencional un año después del confinamiento por COVID-19. Especialmente la depresión y la ansiedad se han mostrado en otros estudios como la sintomatología más frecuente en este tipo de pacientes durante el periodo de confinamiento por COVID-19 (7, 13, 15, 16). Así mismo, un incremento en los problemas de la conducta alimentaria (11) y del autocontrol conductual (17) han sido descritas en la literatura previa. Por lo tanto, estas dimensiones podrían considerarse sensibles a cronificarse en nuestros pacientes y permanecer incluso tiempo después de la desaparición del elemento estresor. Sin embargo, el nivel de significación de nuestros hallazgos no ha sido suficiente como para corregir el posible efecto de las comparaciones múltiples y minimizar el error de tipo I o falsos positivos, lo que nos conduce a concluir que la sintomatología clínica presente un año después del confinamiento –tras la vuelta a salir de casa y la implantación de las medidas de Nueva Normalidad– es similar a aquella obtenida durante el primer periodo. Por tanto, podemos entender los resultados significativos referidos como sólo tendencias no significativas de cambio. De hecho, al comparar la proporción de casos extremos, tampoco hemos podido confirmar ningún cambio significativo, es decir, el número de casos patológicos se ha mantenido un año después del fin del confinamiento.

Según nuestro conocimiento, no hay en la literatura estudios longitudinales como el nuestro en menores con patología psiquiátrica previa. Estudios longitudinales específicos en pacientes menores con antecedentes de patología psiquiátrica como trastorno del desarrollo (17, 18), déficit de atención con hiperactividad (19) o trastorno obsesivo-compulsivo (20), concluyeron en todos los casos un empeoramiento de su situación clínica. Sin embargo, aunque compatibles con nuestros resultados, estos

trabajos se enmarcan en un periodo exclusivo de confinamiento.

Sin embargo, sólo unos pocos análisis longitudinales, en este caso en población infantil y adolescente general, han reevaluado, como nosotros, la sintomatología clínica más allá del fin del confinamiento y la reapertura de los colegios. Raw y cols. (17) valoraron la salud mental de menores sanos (4-16 años) en tres momentos durante los 4 meses posteriores al comienzo de la pandemia, mostrando un incremento de los niveles de hiperactividad y problemas conductuales y un mantenimiento de los síntomas emocionales con el tiempo. Coherente con estos resultados, nosotros encontramos un incremento en problemas relacionados con el control de la conducta (alimentaria, atencional, afectiva y ejecutiva). Sin embargo, en nuestros resultados, la sintomatología afectiva se vio incrementada, mientras que la hiperactividad e impulsividad se mostró disminuida (en todos los casos como tendencias). Estos resultados contradictorios podrían ser debidos a las características propias de nuestra muestra, pero también a que las reevaluaciones en estos estudios se realizaron en distintitos momentos. El estudio de Raw y cols. (17) realizó su reevaluación en julio de 2020, un corto espacio de tiempo que corresponde al post-confinamiento temprano, caracterizado por la incertidumbre y la implantación de nuevas normas de actuación social y con el temor de una segunda ola que se inició tras el verano de 2020. Por el contrario, nuestra reevaluación se enmarca en un “periodo valle” muy posterior (mayo/junio de 2021), de relativa calma y adecuación rutinaria a las nuevas normas que podría haber invertido cualquier tendencia alcista en la sintomatología sin que aún se hubiera iniciado la quinta ola del verano de 2021. Esto último podría sustentarse en los estudios que apoyan que la satisfacción vital y la sintomatología se relaciona significativamente con la preocupación por los peligros derivados del COVID-19 (21) y con los resultados de Hawke y cols. (22) que evaluaron hasta en cuatro ocasiones a una amplia muestra de adolescentes (14-18 años) concluyendo que tanto su estado anímico como su percepción y preocupaciones derivadas de la COVID-19 fluctuaban con la misma evolución de la pandemia.

Estudios en población general adulta, por otro lado, han reportado hallazgos opuestos como una disminución del estrés, la ansiedad y la depresión con el avance de la pandemia (5, 21, 23), aunque también hay estudios que reportan un incremento de la sintomatología depresiva y pensamientos suicidas (24). Sin embargo, son pocos los estudios que se centran en adultos cuidadores de menores, concluyendo en un incremento de los síntomas depresivos, pero no de la ansiedad durante el confinamiento (25). Estos resultados son coherentes con la peor evolución de la salud mental durante el confinamiento en adultos con mayores cargas de problemas psicológicos (26, 27) o dificultades sociales (28), en condición de cuidadores no pagados (23) y también al cuidado de menores con diagnóstico de espectro autista y otros trastornos del desarrollo (29). Sin embargo, nuestros resultados muestran una estabilización de la sintomatología un año después del fin del confinamiento. Teniendo en cuenta nuestro estudio descriptivo previo (13) y los actuales resultados, podemos concluir que los familiares cuidadores de pacientes menores con enfermedad psiquiátrica presentan altas proporciones de psicopatología (30% en ansiedad y depresión, entre otras), que son estables un año después del fin del confinamiento.

Por último, nuestro estudio ha dado evidencia de que las evaluaciones de los familiares cuidadores son más elevadas que las de los propios menores en la modalidad de autoevaluación del SENA. Aunque las autoevaluaciones de la sintomatología clínica se han mostrado fiables según estudios precedentes (30), pensamos que es importante tener en cuenta este factor en la valoración para futuras investigaciones y en la práctica clínica. Por otro lado, nuestro estudio no logró encontrar un efecto de los antecedentes de maltrato en los cambios de la sintomatología clínica de los menores, pero sí en sus familiares cuidadores. Esto último es coherente con los estudios que afirman que los eventos difíciles durante la niñez y la adolescencia son conocidos precursores de una peor salud mental posterior (31, 32).

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño de nuestra muestra es pequeño. Estudios más amplios, posiblemente multicéntricos son necesarios para especificar los cambios en la salud mental de los niños con antecedentes de

patología psiquiátrica y sus familiares cuidadores. En segundo lugar, la muestra es heterogénea en cuanto a los diagnósticos de nuestros participantes. Algunas patologías psiquiátricas pueden tener sus propias características y reacciones diferenciadas durante la evolución de la pandemia, por lo que se necesitarían hacer estudios específicos en poblaciones de pacientes específicos. Por último, nuestra reevaluación se ha realizado en un “periodo valle” donde el número de casos de infección era relativamente bajo. Futuros estudios longitudinales deberían valorar la sintomatología clínica de estas poblaciones en diversos momentos durante las fluctuaciones de la propia pandemia.

## CONCLUSIONES

La sintomatología clínica de menores con patología psiquiátrica se ha mantenido un año después del fin del confinamiento por COVID-19, aunque se observan algunas tendencias de incrementos en las dimensiones de depresión, ansiedad y de control afectivo y conductual. Sus familiares cuidadores también mantuvieron una estabilidad en su sintomatología clínica. La evolución de la sintomatología en estas poblaciones probablemente evolucione con la percepción de gravedad de la pandemia, por lo que se hace indispensable un seguimiento de la salud mental de estos menores y de sus cuidadores.

Fomentar una buena comunicación de los padres con sus hijos, un adecuado apoyo social y potenciar un juego y un tiempo de ocio adecuado a su nivel de desarrollo, son factores protectores que se deben trabajar con los padres y menores desde los servicios de salud mental para favorecer un manejo emocional adecuado de los menores. Sería necesario el desarrollo de estrategias de apoyo y de prevención de los menores para favorecer una adecuada recuperación del impacto psicológico producido por la pandemia y evitar las consecuencias psicológicas a largo plazo en este grupo de población.

## DISTRIBUCIÓN DEL TRABAJO

CDM y EMA se han encargado de la selección de los pacientes, de la recogida de datos y de realizar

las escalas a los padres y a los menores; JMF se ha encargado de corregir las escalas utilizadas, ADR del análisis estadístico, y finalmente CDM y ADR Cristina y Álvaro de escribir el artículo. Todos los autores han aprobado el artículo.

## CONFLICTOS DE INTERÉS DE LOS AUTORES

No existe conflicto de intereses por parte de ningún autor que ha participado en el artículo.

## REFERENCIAS

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395(10227): 912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
2. Jiloha RC. COVID-19 and Mental Health. *Epidem Int*. 2020;5(1): 7-9. <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202002>
3. Deighton J, Lereya ST, Casey P, Patalay P, Humphrey N, Wolpert M. Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England. *BJ Psych*. 2019;215(3): 565-67. <https://doi.org/10.1192/BJP.2019.19>
4. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11): 1218-39. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2020.05.009>
5. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020;395(10228): 945-47. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
6. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021;175(11): 1142-50. <https://doi.org/10.1001/JAMAPEDIATRICS.2021.2482>
7. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;: 1-27. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
8. Viola TW, Nunes ML. Social and environmental effects of the COVID-19 pandemic on children. *Jornal de Pediatria*. 2021; 98(suppl. 1): S4-S12. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.08.003>
9. Shah R, Raju VV, Sharma A, Grover S. Impact of COVID-19 and Lockdown on Children with ADHD and Their Families—An Online Survey and a Continuity Care Model. *J Neurosci Rural Pract*. 2021; 12(1): 71-79. <https://doi.org/10.1055/S-0040-1718645>
10. Zhang L, Zhang D, Fang J, Wan Y, Tao F, Sun Y. Assessment of Mental Health of Chinese Primary School Students Before and After School Closing and Opening During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(9): e2021482. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2020.21482>
11. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villaseñor Á, Yáñez S, Muñoz R, et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *Eur Eat Disord Rev*. 2020; 28(6): 864-70. <https://doi.org/10.1002/ERV.2763>
12. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health*. 2020; 4(5): 347-49. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
13. Domínguez Martín C, Martín Arranz E, Fernández Rodríguez B, Carrascal Joral E, Revuelta AD, Martín CD. Impacto emocional durante el confinamiento por COVID-19 en menores de hospital de día y en sus padres/cuidadores. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv. ;* 38(1): 11-9. <https://doi.org/10.31766/REVPSIJ.V38N1A3>
14. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health*. 2020; 4(6): 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
15. Giannopoulou I, Efstathiou V, Triantafyllou G, Korkoliakou P, Douzenis A. Adding stress to the

- stressed: Senior high school students' mental health amidst the COVID-19 nationwide lockdown in Greece. *Psychiatry Research*. 2021; 295: 113560.  
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113560>
16. Yue J, Zang X, Le Y, & An Y. Anxiety, depression and PTSD among children and their parent during 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak in China. *Curr Psychol*. 2020; 41: 5723-30.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01191-4>
17. Raw JAL, Waite P, Pearcey S, Shum A, Patalay P, Creswell C. Examining changes in parent-reported child and adolescent mental health throughout the UK's first COVID-19 national lockdown. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021; 62(12): 1391-1401.  
<https://doi.org/10.1111/JCPP.13490>
18. Takahashi F, Honda H. Prevalence of clinical-level emotional/behavioral problems in schoolchildren during the coronavirus disease 2019 pandemic in Japan: A prospective cohort study. *JCPP Advances*. 2021; 1(1). <https://doi.org/10.1111/JCV2.12007>
19. Dvorsky MR, Breaux R, Cusick CN, Fredrick JW, Green C, Steinberg A, et al. Coping with COVID-19: Longitudinal Impact of the Pandemic on Adjustment and Links with Coping for Adolescents with and without ADHD. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021; 50: 605-19.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-021-00857-2>
20. Cunning C, Hodes M. The COVID-19 pandemic and obsessive-compulsive disorder in young people: Systematic review. *Clin. Child Psychol. Psychiatry*. 2021; 27(1): 18-34.  
<https://doi.org/10.1177/13591045211028169>
21. Van der Laan SEI, Finkenauer C, Lenters VC, Van Harmelen AL, Van der Ent CK, Nijhof SL. 2021. *J Adolesc Health*. 2021; 69(5): 737-45.  
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2021.07.013>
22. Hawke LD, Szatmari P, Cleverley K, Courtney D, Cheung A, Voineskos AN, et al. Youth in a pandemic: a longitudinal examination of youth mental health and substance use concerns during COVID-19. *BMJ Open*. 2021; 11(10).  
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-049209>
23. Czeisler M, Wiley JF, Facer-Childs ER, Robbins R, Weaver MD, Barger LK, et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during a prolonged COVID-19-related lockdown in a region with low SARS-CoV-2 prevalence. *J Psychiatr Res*. ; 140: 533-44.  
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.05.080>
24. Veldhuis CB, Nesoff ED, McKowen ALW, Rice DR, Ghoneima H, Wootton AR, et al. Addressing the critical need for long-term mental health data during the COVID-19 pandemic: Changes in mental health from April to September 2020. *Prev Med*. 2021; 146.  
<https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2021.106465>
25. Wright N, Hill J, Sharp H, Pickles A. Interplay between long-term vulnerability and new risk: Young adolescent and maternal mental health immediately before and during the COVID-19 pandemic. *JCPP Advances*. 2021; 1(1): e12008.  
<https://doi.org/10.1111/JCV2.12008>
26. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P, Thomas P, Bocher R, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encephale*. 2020; 46(3S): S3-S13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001>
27. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. ; 7(4): e21.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
28. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Tamarit A, Pérez-Marín M, Montoya-Castilla I. Psycho-emotional adjustment in parents of adolescents: A cross-sectional and longitudinal analysis of the impact of the COVID pandemic. *J Pediatr Nurs*. 2021; 59: e44-e51.  
<https://doi.org/10.1016/J.PEDN.2021.01.028>
29. Wang C. Mental health and social support of caregivers of children and adolescents with ASD and other developmental disorders during COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021; 6: 100242.  
<https://doi.org/10.1016/J.JADR.2021.100242>
30. Martin J, Streit F, Treutlein J, Lang M, Frank J, Forstner AJ, et al. Expert and self-assessment of lifetime symptoms and diagnosis of major depressive disorder in large-scale genetic studies in the general population: comparison of a clinical interview and a self-administered checklist. *Psychiatr Genet*. 2017; 27(5): 187-96.  
<https://doi.org/10.1097/YPG.000000000000182>

31. Heleniak C, Jenness JL, Vander Stoep A, McCauley E, McLaughlin KA. Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cogn Behav Ther.* 2016; 40(3): 394.  
<https://doi.org/10.1007/S10608-015-9735-Z>
32. Zhao J, Peng X, Chao X, Xiang Y. Childhood maltreatment influences mental symptoms: The mediating roles of emotional intelligence and social support. *Front Psychiatry.* 2019; 10: 415.  
<https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00415>

A. Tapia Córcoles<sup>1, 2 \*</sup>   
R. Calvo Escalona<sup>1, 2, 3</sup>   
R. Nicolau Palou<sup>1, 2</sup> 

1 Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

2 Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

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

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

A. Tapia Córcoles

Correo: [adria.tapia@outlook.com](mailto:adria.tapia@outlook.com)

*Adaptación del instrumento Autism Impact Measure al servicio de psiquiatría y psicología infantojuvenil del hospital clínic de Barcelona: un estudio Delphi*

*Adaptation of the Autism Impact Measure instrument to the child and adolescent psychiatry and psychology service of the hospital clínic of Barcelona: a Delphi study*

---

## RESUMEN

**Introducción:** Se considera una prioridad clínica contar con instrumentos para medir cambios en sintomatología central de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) durante los tratamientos. La escala Autism Impact Measure (AIM) ha demostrado su capacidad para esta tarea, pero no ha sido adaptada a la población española. **Objetivo:** Adaptar el cuestionario al uso asistencial y validar las modificaciones propuestas en el Hospital Clínic de Barcelona. **Material y método:** Se realizó un estudio Delphi para recoger opiniones y validar la adaptación de forma preliminar. Los profesionales del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil del Hospital Clínic fueron invitados como expertos. Se presentaron tres modificaciones del instrumento AIM en tres rondas sucesivas. Los expertos debían evaluar el instrumento en cuanto a su forma y contenido. Posteriormente, se administró una encuesta a padres y madres de niños y adolescentes con TEA para evaluar las mejoras. **Resultados:** 15 expertos participaron en la primera ronda; 12 en la segunda y tercera. Los expertos valoraron positivamente las modificaciones y expresaron de forma consensuada que el AIM presentaría validez aparente. Los familiares (n = 11) calificaron positivamente el instrumento, aunque existieron opiniones muy variables en cuanto a la redacción de los ítems. **Conclusiones:** Se adaptó una versión del instrumento AIM más ajustada en su lenguaje y con mayor validez. Esto abriría la posibilidad de validar esta propuesta en muestras más

## ABSTRACT

**Introduction:** It is considered a clinical goal to employ assessment tools designed to measure core symptom changes within persons with Autism Spectrum Disorder (ASD), while they receive therapeutical interventions. The Autism Impact Measure (AIM) has shown its ability for that task, but it has not been validated in Spanish population. **Objective:** To adapt this scale and validate modifications proposed within the Hospital Clínic of Barcelona mental health department. **Materials and method:** A Delphi study was carried out to gather feedback and to preliminarily validate this adaptation. Professionals within the Children and Adolescent Department of Psychology and Psychiatry were invited as experts. Three modifications of the AIM instrument were presented in three successive rounds. The experts had to evaluate those modifications according to its content and presentation. Subsequently, a survey was administered to relatives of children and adolescents with ASD to assess the improvements. **Results:** 15 experts participated in the first round; 12 in the second and third one. The experts valued positively those modifications proposed and reached consensus arguing AIM would possess apparent validity. ASD relatives (n = 11) rated the instrument positively, although a marked variability of opinions regarding behavior description was found. **Conclusions:** A version of the AIM instrument was adapted to Spanish population, with greater language fit and validity. This opens the possibility to further validate this version with

heterogéneas y mayores, y obtener un instrumento de fácil administración y exhaustivo.

**Palabras clave:** Evaluación durante la intervención, Trastorno del Espectro Autista, técnica Delphi, cambios durante la intervención, evaluación psicológica.

El trabajo fue presentado el día 2 de julio de 2021 como Trabajo de Final de Máster para defensa de tribunal, en la ciudad de Barcelona.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) hace referencia a un trastorno del neurodesarrollo que se presenta de forma heterogénea, normalmente en la infancia. El TEA se caracteriza por una alteración en dos esferas de síntomas: los déficits en comunicación e interacción social, y la presencia de intereses restringidos y conductas repetitivas (1). Se estima que el 1% de la población general presentaría este trastorno (1-3). La prevalencia en España en población en educación infantil sería del 1,55% (4). El TEA suele ser comórbido con otros trastornos del neurodesarrollo y trastornos psiquiátricos, como puede ser el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos psicóticos, trastornos de tics, entre otros; además de discapacidad intelectual y enfermedades físicas (1,3,5-7). Aunque el pronóstico del autismo es muy variable, se ha observado que los síntomas del TEA persisten incluso en la edad adulta, y que afectan en el desempeño y funcionalidad de la vida diaria, incluso en aquellas personas que reciben mayores soportes o posean mayores capacidades intelectuales (3).

Ante esto, es importante poder ofrecer intervenciones eficaces y adaptadas a las necesidades particulares de cada persona con TEA. La diversidad de autismos y el hecho que su presentación cambia según la edad de la persona con autismo hace necesario que las intervenciones se ajusten lo mejor posible, adaptando los objetivos terapéuticos y monitorizando los progresos (8-10). Una forma de individualizar los tratamientos sería el uso de evaluaciones continuadas sistematizadas. Se ha demostrado que emplear métodos cuantificables de progreso terapéutico proporcionan

greater and more heterogeneous number of consultants, thereby developing an easy-to-use, exhaustive measurement tool.

**Keywords:** Outcome and Process Assessment, Delphi Technique, Autism Spectrum Disorder, Psychological Assessment

beneficios a los pacientes y a los propios profesionales (11,12). Aunque, hasta la fecha, no existen estudios centrados en la población con autismo, se considera que el seguimiento sistemático durante las intervenciones es importante para las personas con autismo (8,9). Por ejemplo, se puede decidir como objetivo terapéutico que un niño con TEA aumente su contacto visual para estimular una comunicación social recíproca. Usar un registro durante la intervención puede ayudar a los psicólogos a reconocer qué variables pueden hacer que este niño utilice más el contacto visual, y de esta manera adaptar más el entorno o reforzar de forma más consecuente al niño.

La mayoría de los cuestionarios disponibles para la evaluación del TEA se centran en el diagnóstico y no están diseñados para evaluar los cambios durante el tratamiento o el impacto generado por los síntomas del TEA (13,14). Las herramientas de evaluación más comunes para el autismo se centran en establecer el diagnóstico, como son la Escala de Observación para el Diagnóstico de Autismo (ADOS-2) o la Entrevista para el Diagnóstico de Autismo (ADI-R) (13,14). Si bien estos instrumentos examinan los síntomas centrales del autismo de manera exhaustiva, no son adecuados para medir progresos terapéuticos, por su complejidad y coste. Existen instrumentos que pueden usarse para medir la sintomatología autista durante las intervenciones, pero suelen centrarse en un síntoma concreto, como el *Brief Observation of Social Communication Change* (15), o no evalúan el impacto que generan esos síntomas en el niño con TEA (13). Para una revisión más exhaustiva, se recomienda consultar una revisión al respecto (14). Por tanto, se ve la necesidad de contar con instrumentos de administración que consuman poco tiempo, que evalúen el conjunto de síntomas del autismo y cambios en cuanto a frecuencia e intensidad durante períodos breves de tiempo mientras los niños con autismo reciben tratamientos terapéuticos.

En el 2014 se publicó un cuestionario dirigido a la evaluación de cambios en la intervención en TEA en niños y adolescentes; la Escala de Impacto del Autismo (*Autism Impact Measure*) (AIM) (13). Es un instrumento heteroadministrado a familiares y cuidadores de menores con TEA, y que busca medir sintomatología propia del autismo en todo el espectro de niños y adolescentes. El AIM consta de 41 ítems repartidos en dos secciones; la primera mide la presencia de conductas desadaptativas, y la segunda sección mide la ausencia de comportamientos adaptativos. Además, cada ítem de AIM tiene dos escalas Likert, con puntuaciones del 1 a 5. Una de las escalas sería para evaluar la frecuencia de conductas, y otra para el impacto que suponen. El AIM se puntúa sumando los resultados de escala de frecuencia y de escala de impacto por cada ítem. La suma de puntuaciones de todos los ítems daría un valor de gravedad del autismo, puntuaciones totales más altas se asociarían con síntomas graves de TEA y un mayor impacto para un menor con TEA. Este instrumento fue validado en la población norteamericana con TEA en dos estudios, los cuales hallaron excelentes propiedades psicométricas (15-18). El AIM obtuvo correlaciones moderadas significativas con pruebas convergentes (15). Además, un estudio evaluó recientemente su sensibilidad al cambio de frecuencia e intensidad de síntomas TEA, con resultados indicando que el instrumento puede detectar dichos cambios durante la intervención (19). El AIM se ha utilizado en población anglosajona para evaluar sintomatología e impacto de síntomas TEA (20-22), pero hasta la fecha no se han realizado validaciones del instrumento en otras poblaciones o idiomas.

Este instrumento fue considerado en la Unidad de Referencia para el Trastorno del Espectro Autista (URTEA) del Hospital Clínic de Barcelona en el protocolo de evaluación de niños y adolescentes con TEA previo al ingreso hospitalario parcial. Para ello se recogió una traducción oficiosa al castellano. Sin embargo, se encontraron dificultades para su administración y corrección; así, se decidió hacer una adaptación del instrumento de forma sistematizada, con el objetivo que pudiera ser estudiada por el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantojuvenil del Hospital Clínic de Barcelona (SPPIJ), Como se quiso mejorar la presentación y la comprensión del instrumento,

se consideró necesario valorar la adecuación de las propuestas. Dada la previsión de los cambios en el instrumento, era necesario contar con algún método que permitiese validar los cambios. El alcance de este estudio hizo que se optase por consultar a profesionales en salud mental acerca de la validez aparente del instrumento; esto es, si en su opinión el AIM y las modificaciones propuestas medían aquello que se pretendía medir. Igualmente, se consideró apropiado consultar a familiares de niños con TEA para recoger las impresiones del instrumento adaptado, ya que el AIM debe ser rellenado por ellos y, por tanto, ha de ser fácil de entender.

Con estos objetivos, se decidió realizar la adaptación y recogida de opiniones mediante dos consultas. Las consultas a profesionales expertos se realizaron mediante la técnica Delphi, y la consulta a familiares de niños con TEA se hizo mediante una encuesta. La metodología Delphi se desarrolló en la década de 1950 como herramienta para obtener opinión consensuada de expertos (23). Es una técnica muy popular en el ámbito de las ciencias sociales y de la salud, por su capacidad de recoger de forma cuasi-anónima opiniones sobre un tema y poder llegar a un consenso sin que se produzcan sesgos como el efecto halo, donde una persona puede moldear al grupo que se pregunta (24-26). La técnica Delphi se estructura en rondas, en las que pregunta a los expertos en cada ronda sobre un problema. Las opiniones recabadas se sintetizan, y el resumen se comparte al grupo de manera individual. Las respuestas de cada ronda pueden dirigir las preguntas de las siguientes rondas. Este proceso de preguntas, respuestas, y resumen continúa hasta que se establece un consenso entre los expertos.

A través de este estudio, se esperaba obtener una herramienta consensuada al cambio sintomatológico autista comprensible y que proporcionase información acerca de la presencia e intensidad de sintomatología propia del TEA.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para la adaptación del instrumento y su posterior validación, este estudio se segmentó en tres fases, descritas en la [Tabla 1](#). El comité de ética investigadora del Hospital Clínic aprobó el estudio en sus fases 1 y 2.

**Tabla 1.** Descripción de la metodología de adaptación del instrumento AIM.

Fase 0	Detección de dificultades	
	Consulta de instrumentos con validez convergente	Escala de Evaluación para el Autismo (ADOS-2) Escala de Conductas Repetitivas Revisado (RBS-R) Escala de Habilidades Adaptativas Vineland II (Vineland-2)
	Elaboración de propuesta	
Fase 1	Detección de dificultades	
	Valoración de respuestas de expertos Consulta de instrumentos con validez convergente	ADOS-2, RBS-R, Vineland-2 Entrevista diagnóstica del Autismo - Revisada (ADI-R) Escala de Responsabilidad Social (SRS-2) Escala de Comunicación Social (SCQ)
	Elaboración de propuesta	(repetición hasta la tercera ronda Delphi)
Fase 2	Detección de dificultades	
	Valoración de respuestas de familiares de niños y adolescentes TEA	
	Elaboración de propuesta final	

Nota: Estructura y objetivos de los estudio. Para la consulta de instrumentos, se enumeran los cuestionarios utilizados. Los pasos en la Fase 1 se repitieron hasta el final de la tercera ronda Delphi.

### Fase 0 del estudio: primera adaptación del instrumento AIM

Partiendo de la primera traducción oficiosa del instrumento AIM, se identificaron una serie de dificultades. Principalmente, no quedaba clara la diferencia entre las secciones 1 y 2, que evalúan la presencia de conductas propias del TEA, y la ausencia de conductas neurotípicas, respectivamente. Además, algunos ítems habían sido traducidos de manera literal del inglés, con lo que su validez quedaba afectada. Para solventar estas dificultades, se consultaron instrumentos de evaluación con validez convergente al instrumento AIM. Se siguieron las recomendaciones establecidas en la creación y adaptación de ítems: los enunciados deben ser representativos, claros, comprensibles, simples y neutrales. Durante esta fase, se exploró la posibilidad de construir una versión más reducida del instrumento AIM. Esto surgió porque un estudio de validación psicométrica halló que 11 ítems no aportaban valor en los factores hallados a través del análisis factorial confirmatorio (16). Además, el estudio observó que las puntuaciones totales del instrumento tomando sólo los 29 ítems restantes fueron equivalentes a las puntuaciones totales tomando todos los 41 ítems. Partiendo de estas conclusiones, se planteó la factibilidad

de reducir el número de ítems, y ofrecer un formato del instrumento abreviado, para facilitar la administración e interpretación de la escala. Así, se redactaron dos versiones de la prueba; una que incluía todos los ítems, y otra donde se presentaron solo 29 ítems.

### Fase 1: evaluación de la adaptación del instrumento AIM utilizando la metodología Delphi.

Se estableció un estudio Delphi modificado para continuar estableciendo qué aspectos de las adaptaciones debían mejorarse y recoger opiniones acerca de la validez y forma de administración del instrumento. Aunque no existen unos criterios exhaustivos sobre cómo debe aplicarse la metodología Delphi, se siguieron recomendaciones descritas en la literatura; se sugiere establecer entre dos y tres rondas de consulta para evitar un gran número de abandonos (22-24); se propone que los grupos de expertos rondan entre 5 y 20 expertos, y que exista cierta heterogeneidad entre los participantes (24).

Se estableció que el estudio constaría de tres rondas máximas. Se considera que este estudio incluye una metodología Delphi modificada porque: a) se estableció un límite absoluto de rondas, aun no existiendo consenso, b) los participantes no recibirían

una copia individual de sus respuestas después de cada ronda, y c) se podría tomar la decisión de preguntar a los participantes acerca otros temas, aun cuando no existiese consenso.

### **Participantes en el grupo de expertos**

La selección de participantes fue limitada al SPPIJ. Como criterios de inclusión, los participantes debían haber atendido y realizado intervenciones terapéuticas a niños y adolescentes con TEA durante su carrera profesional hasta el momento del estudio, y haber contado con un mínimo de 3 años de experiencia en intervención terapéutica. Se invitó a 25 candidatos que cumplieran estos requisitos, de los que un 64% (n=16) aceptó participar. (ver [Tabla 2](#)).

**Tabla 2.** Descripción de los participantes en el estudio Delphi.

<i>Grupo de expertos (N=16)</i>	<i>N (%)</i>
Edad en años. Medio (SD)	46,56 (9,74)
Género (femenino)	87,50
Profesión	
Psicología clínica	50
Psiquiatría Infantil	25
Psicología/ Docencia	6,25
Enfermería	6,25
Educación Social	12,50
Años de experiencia laboral en salud mental infantil y adolescente. Medio (SD)	18,13 (10,18)
Ubicación en el Hospital Clínic*	
CSMIJ** Eixample	62,50
URTEA	43,75

\*Se podía marcar más de una opción

\*\* Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

### **Procedimiento**

Los participantes en el grupo de expertos permanecieron en el anonimato entre sí. El investigador A.T. podía conocer las respuestas de los participantes a través de un código numérico acordado entre cada participante y éste. Esto se realizó para que, en caso de que existieran dificultades técnicas, los investigadores pudiesen recuperar las respuestas emitidas por los participantes. Para cada ronda, el

grupo de expertos recibió un enlace a una encuesta. Las encuestas se realizaron con el programa *Google Forms*. Los participantes recibieron una síntesis de los resultados generales una vez finalizada la ronda. Para la primera ronda, se hicieron hasta dos avisos de respuesta, dejando el cuestionario abierto durante cuatro semanas. Para la segunda y tercera vuelta, las personas recibieron hasta tres avisos de respuesta y las encuestas continuaron durante una semana. En la primera ronda, se fijó un mayor tiempo para resolver problemas técnicos y garantizar la obtención de respuestas. Cada ronda se planteó con el objetivo de resolver cuestiones según su prioridad. Así, en la primera fue más importante identificar la validez aparente del instrumento y la facilidad de uso, para después concretar en aspectos de aplicabilidad. Un resumen de la estructura de las rondas se puede consultar en la [Tabla 3](#). Tras finalizar cada ronda, el investigador principal elaboraba una versión con modificaciones del AIM. Las modificaciones se basaron en los aspectos consensuados y propuestas y recomendaciones que los expertos hicieron adicionalmente en las rondas.

### **Análisis de datos**

Para cada ronda se agruparon las respuestas según la temática (validez aparente, ajuste de adaptaciones, factibilidad de uso). Se calcularon la frecuencia de respuestas obtenidas y la mediana de éstas. Asimismo, se calculó la diferencia en los rangos entre cuartiles de respuesta (IQR) como medida de dispersión a la mediana. Para calcular la mediana y el IQR a través de escalas Likert cualitativas, los resultados se transformaron en valores cuantitativos equidistantes (por ejemplo; "Ha mejorado mucho": 2; "Se puso mucho peor": -2; "Sigue siendo el mismo": 0). Siguiendo las recomendaciones de interpretación del IQR, se estableció que un valor igual o inferior a 1 indicaría consenso entre los participantes del grupo (30). Cuando se trataba de frecuencias, se estableció que un porcentaje igual o superior al 66% de las respuestas sugerirían consenso de respuesta (30,31). Los resultados fueron analizados utilizando el programa de software SPSS 26 y el programa Excel.

**Tabla 3.** Estructura de las rondas Delphi.

Temas	Preguntas (primera ronda)	Opciones de respuesta	Criterio de evaluación
Validez aparente	En términos generales, ¿diría que este instrumento es relevante para la práctica clínica?	Sí/No	≥ 66% en selección de respuesta
	Los autores encontraron que, a nivel psicométrico, 11 de los 41 ítems de la forma completa no aportaban mayor explicación a los 5 factores del instrumento. A nivel puramente clínico, ¿cree que estos ítems le aportan información relevante para usted?	Sí/No/Otro (añadir comentario)	≥ 66% en selección de respuesta
	¿Qué ítems le parece más relevantes para usted, si tuviera que analizar las respuestas de cuestionario?	Espacio para enumerar los ítems más relevantes o copiar los enunciados de estos.	Ítems marcados por ≥50% de participantes
Ajuste de adaptaciones	Comparado con la versión previa, ¿estas versiones suponen mejoras significativas?	0 (ninguna mejora)- 3 (mejoras muy significativas)	≥ 66% en tendencia de respuesta IQR ≤1
	El instrumento AIM evalúa la presencia de síntomas centrales TEA y el impacto de estos síntomas para la vida del menor TEA. ¿Cree que, tal como están redactados, pueden malinterpretarse los enunciados de Impacto o Frecuencia?	0 (se malinterpreta completamente) – 3 (se entiende perfectamente)	≥ 66% en tendencia de respuesta IQR ≤1
	Si tuviera que pasar en consulta este instrumento, ¿escogería la versión abreviada o la versión completa?	Completa/ abreviada	≥ 66% en selección de respuesta
Factibilidad de uso	Por favor, indique por qué motivos escogería la versión completa o abreviada	Espacio en blanco para responder libremente	Síntesis de adjetivos utilizados por participantes
	Los autores plantearon este instrumento para que familiares valoren sobre sus hijos. ¿Cree que, en general, este instrumento es factible de administrar a familiares de niños TEA? (Es comprensible, legible, no da a errores)	Sí/No	≥ 66% en selección de respuesta
	Por favor, escriba en números qué 5 ítems del cuestionario dirían que cuestan más de interpretar para los familiares TEA.	Espacio para enumerar 5 ítems del AIM	Considerados ítems marcados por ≥33% de personas, priorizando aquellos marcados por ≥50% de personas.
	¿En qué grado cree que el diseño actual del instrumento facilita su comprensión y es sencillo de ver para los familiares de pacientes TEA?	1 (no se entiende nada) – 5 (se entiende perfectamente)	≥ 66% en tendencia de respuesta IQR ≤1

**Tabla 3.** Estructura de las rondas Delphi (Continuación).

Preguntas (segunda ronda)			
Validez aparente	Diversos profesionales de estudio valoran que AIM puede ser muy técnico para familiares TEA. Ante esto, puede ser necesario reformular los ítems teniendo en cuenta las pruebas en las que se basa. Al mismo tiempo, los cambios en los enunciados podrían suponer anular o bien desdibujar las propiedades psicométricas actuales. Actualmente solamente existe una validación psicométrica en población de los EE. UU. ¿Valora mantener los ítems tales como estaban antes, o prefiere que se hagan modificaciones de los ítems?  Centrándonos en las instrucciones, previamente no existía una descripción concreta de qué significa cada número (1 a 5) para cada pregunta. Por favor, valore en esta pregunta cómo se han descrito, según si puede dar a sesgos de respuesta.	1 (Prefiero mantener el instrumento con mínimos o nulos cambios) – 5 (Prefiero modificar los ítems)  No sesgará las respuestas Sesgará muy poco las respuestas Sesgará un poco las respuestas Sesgará un poco las respuestas Sesgará de forma muy acusada las respuestas (Espacio extra en blanco para comentarios)	≥ 66% en tendencia de respuesta  ≥ 66% en tendencia de respuesta IQR ≤1
Ajuste de adaptaciones	De forma resumida, ¿podría enumerar qué dos mejoras le parecen más destacables? De forma resumida, ¿podría enumerar dos puntos débiles de esta segunda propuesta?  Para esta revisión, se ha modificado el enunciado de varios ítems. Para esta pregunta nos fijaremos 14 de ellos. Por favor, evalúe si los cambios facilitan su comprensión (son más concretos y claros para familiares de menores TEA).  Por favor, escriba en números qué 5 ítems del cuestionario diría que cuestan más de interpretar para los familiares TEA.	Espacio en blanco para responder libremente Espacio en blanco para responder libremente Dificulta mucho más su comprensión Dificulta más su comprensión Se mantiene su comprensión Facilita más su comprensión Facilita mucho más su comprensión Espacio para enumerar 5 ítems del AIM	Síntesis de adjetivos utilizados por participantes Síntesis de adjetivos utilizados por participantes ≥ 66% en tendencia de respuesta IQR ≤1  Ítems marcados por ≥33% de personas considerados, priorizando aquellos marcados por ≥50% de personas. Cálculo de diferencia entre respuestas de primera ronda; si menor (o mayor) de tres, es considerada la modificación relevante. ≥ 66% en selección de respuesta
Factibilidad de uso	Los autores proponen para la corrección sumar las puntuaciones por cada ítem de Frecuencia y de Impacto. ¿Prefiere hacer la suma con una plantilla en papel, o mediante una plantilla de Excel?	En papel En Excel Ambas opciones	≥ 66% en selección de respuesta
Preguntas (tercera ronda)			
Validez aparente	Los ítems 6 (Problemas con su habla), 18 (Problemas de comunicación), 26 (Tener problemas en las interacciones sociales) son los que, por ahora, se han identificado como más difíciles de comprender, con comentarios de que son genéricos. ¿Cree usted que se han de mantener tal como han estado descritos? ¿Cree que es necesario incluir algunos aspectos concretos de qué evalúan?	Prefiero mantenerlos en su forma actual o realizando cambios mínimos. Prefiero añadir después del ítem qué aspectos incluye lo que pregunta Espacio en blanco para responder libremente	

**Tabla 3.** Estructura de las rondas Delphi (Continuación).

Ajuste de adaptaciones	En cada sobre se ha entregado siete modelos de una misma hoja, para valorar aspectos de diseño. El futuro instrumento se hará en base al modelo escogido. Cada una de ellas tiene una letra particular. Puntúe del 1 al 5 según crea que cada modelo sea mejor o no.	1 (peor) – 5 (mejor) Espacio en blanco para justificar respuestas	$\geq 66\%$ en tendencia de respuesta IQR $\leq 1$
	Se propone una pequeña modificación del enunciado "Escala de Impacto". Por favor, marque qué opción le parece mejor, en base a claridad para el lector y fiabilidad (pregunta lo que tiene que preguntar).	Opción 1/2	$\geq 66\%$ en selección de respuesta
	Se ha modificado la explicación de las instrucciones. Por favor, valore el grado de comprensión y claridad de las mismas, presentadas en esta imagen, del 1 al 5.	1 (peor)- 5 (mejor)	$\geq 66\%$ en tendencia de respuesta IQR $\leq 1$
	En el sobre se incluyen dos modelos de hojas de instrucciones. Por favor, valore qué modelo prefiere.	Modelo 1/2 Espacio en blanco para justificar respuestas	$\geq 66\%$ en selección de respuesta
Factibilidad de uso	Se presentan a continuación 11 ítems, sobre los que se muestran alternativas de formulación. Por favor, evalúe de cada alternativa propuesta, teniendo en cuenta la validez que pueda tener y la comprensión.	1 (peor) – 5 (mejor)	$\geq 66\%$ en tendencia de respuesta IQR $\leq 1$
	¿En qué grado de confianza se sentiría si tuviera que explicar esta prueba o algún ítem a unos hipotéticos padres o madres de menores TEA? ¿Qué información cree usted que necesitaría conocer mejor para transmitírsela a esos padres o madres?	1 (Muy inseguro/a) – 5 (Muy seguro/a) Espacio en blanco para responder libremente	$\geq 66\%$ en tendencia de respuesta

Estructura básica de los aspectos evaluados durante las rondas Delphi. Esta tabla resume el enunciado de las preguntas de cada ronda según temática. Se incluyen los criterios sobre los que se valoraba la presencia de consenso entre respuestas.

## **Fase 2: estudio piloto de la adaptación del instrumento AIM a familiares de menores con TEA**

Se organizó una encuesta para padres y madres de niños con TEA, con el objetivo de recoger opiniones de la adaptación del instrumento, particularmente si les resultaba fácil de comprender y de responder. Esto complementaría las voces del grupo de expertos; el haber conocido el instrumento y familiarizarse con éste, el grupo de expertos podría haberse acostumbrado a posibles deficiencias del instrumento, limitando la validez de las conclusiones.

### ***Participantes***

Se contactó a familiares de niños y adolescentes atendidos en URTEA y en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) Eixample en el momento del estudio. El equipo de URTEA propuso dieciséis participantes en base a estos criterios: los padres y madres debían haber mostrado contacto reciente y continuado con sus psiquiatras o psicólogos de referencia durante los seis meses anteriores, debían tener al menos un hijo con diagnóstico TEA, y la edad de sus hijos con autismo debía estar comprendida entre los 5 y los 18 años.

Los referentes de los candidatos informaron de la posibilidad de participar en el estudio. Después, el investigador principal contactó a estos familiares para confirmar su participación e informar del procedimiento de la encuesta. Todos los candidatos aceptaron participar, aunque solamente un 68,75% respondió a la encuesta (n=11). Valorando a los niños con TEA cuyos padres participarían en el estudio, la edad promedio de estos niños fue de  $11,37 \pm 4,21$  años; el 94% de los menores eran del sexo masculino.

### ***Procedimiento***

Los participantes recibieron por correo electrónico un enlace para acceder a la encuesta creada con *Google Forms* de forma anónima. Los participantes tuvieron que leer una primera hoja informativa del estudio y dar su consentimiento. Se fijó una semana para responder a la encuesta.

En la encuesta, se mostró un formulario en el que se podía consultar de qué manera se explicaba el instrumento, así como un listado de todos los ítems. También se presentó cuatro opciones de forma del ítem 7 ("Participando en rituales o rutinas"), dado que en la tercera ronda Delphi el grupo no llegó a un consenso en la manera que quedase más claro qué se quería preguntar. La tarea de los miembros de la familia era evaluar la redacción de las instrucciones y los ítems. Para las instrucciones, tenían que puntuar de 1 ("peor") a 5 ("mejor") dependiendo de la claridad, la facilidad de lectura del texto o la cantidad de información. Para los ítems AIM, tuvieron que puntuar de 1 ("peor") a 5 ("mejor") según su comprensión; si podían entender qué conducta se hacía referencia basándose sólo en la descripción que había en cada ítem.

### ***Análisis de datos***

Se analizaron tanto las preguntas sobre las instrucciones como la evaluación de los ítems para obtener medianas e IQR mediante los programas Office Excel y SPSS 26. Se calculó la frecuencia de las respuestas a las evaluaciones de instrucción.

## **RESULTADOS**

### **Ronda 1**

En la Ronda 1, la participación fue del 93,75%. Respecto a la validez, todos los participantes consideraron que el AIM era un instrumento relevante para la práctica clínica. En la revisión D1, los participantes consideraron que las mejoras fueron significativas respecto a la primera traducción oficiosa (Frecuencia "Aporta mejoras significativas"+ "Aporta mejoras muy significativas": 80%; IQR = 1).

Respecto a los enunciados de las Escalas de Frecuencia e Impacto, se consideró que se entendían, con un 66,67% de respuestas indicando que se entendía perfectamente. También hubo consenso de respuestas en que el instrumento sería capaz de detectar cambios en los síntomas del TEA (Frecuencia. 66,67%). En cuanto al uso de la versión completa o la versión abreviada, el 66,67% de participantes marcó preferir la versión abreviada. Cualitativamente, la versión

abreviada se escogió por ser potencialmente más fácil de administrar. Sin embargo, los 11 ítems no incluidos en la versión abreviada siguieron estando bien valorados, ya que el 73% de los participantes expresó que, a nivel puramente clínico, estos ítems les podían ser relevantes. En cuanto a la percepción de la administración hacia los familiares de menores con TEA, el 86,67% de los participantes estuvo de acuerdo en que el AIM podría ser respondido por los miembros de la familia. El diseño de la revisión D1 se evaluó generalmente de manera positiva: la mediana de respuesta valoraría la comprensión y la simplicidad de uso en 4 sobre 5, con IQR = 1.

En cuanto a la valoración individual de los ítems, 33 ítems fueron marcados por los profesionales como difíciles de entender por los padres. Sólo dos ítems (4. "Mostrar respuestas inusuales", 5. " Usando mano sobre mano") fueron hallados difíciles de comprender por más del 50% de los participantes. En cuanto a los ítems calificados como más relevantes para los profesionales, se recibieron un total de 183 respuestas. Cabe destacar que algunos profesionales marcaron más de 5 ítems; aun así, se decidió no limitar las respuestas para esta ronda. El 14% de los ítems fueron marcados por más del 50% de los participantes como relevantes para la evaluación del TEA.

## Ronda 2

En la ronda 2, la participación fue del 87,50% respecto a la anterior ronda. Respecto a la evaluación de los cambios propuestos en la revisión D2, el grupo de expertos estuvo ampliamente de acuerdo en que la propuesta mejoró en gran medida la claridad de los puntos (el 83,33% indicó "ha mejorado mucho"). Ninguna de las otras propuestas recibió un consenso claro sobre los porcentajes. En términos de IQR, se halló consenso en la claridad, la facilidad de uso, y la legibilidad de los textos (véase Tabla 4). En general, destaca una evaluación positiva de los cambios en la revisión D2.

Cualitativamente, la mayoría de las respuestas valoraron de forma positiva la expresión clara de los ítems, así como las instrucciones y la redacción de las opciones de respuesta. Sin embargo, también hubo opiniones entre el grupo que la redacción y la presentación de las instrucciones y de los ítems era un

punto débil de la propuesta. En cuanto a la presencia de sesgo en las instrucciones para la Escala de Frecuencia y la Escala de Impacto, el grupo consideró que ningún enunciado sesgaría las respuestas (IQR <1).

Respecto a los cambios propuestos en 14 de los ítems, se halló consenso de respuesta en 10 de ellos (ver Tabla 4). Las valoraciones fueron positivas, especialmente para los ítems 4 ("Responder a los demás de manera inusual o extraña"), 5 ("Usar su mano para coger la mano de otra persona como instrumento"), 20 ("Tener intereses circunscritos"), 21 ("Tener dificultades para ser afectuoso/a o recibir afecto de los demás"), 23 ("Tener dificultades a la hora de usar los pronombres"), y 25 ("Usar lenguaje ecolálico").

En cuanto a la valoración de la dificultad de comprensión, el 44% de los ítems fueron marcados. Solo el ítem 6 ("Problemas con su habla") fue marcado por más del 50% de los participantes. El 26% de los ítems fueron considerados por más de 2 profesionales como difíciles de comprender. Comparando con la revisión D1, 17 ítems fueron marcados menos por los participantes, sugiriendo que se comprendían mejor, y 9 de los ítems fueron más marcados, sugiriendo que se comprendían peor que antes.

Respecto a si los participantes preferían hacer el mínimo de cambios para preservar lo más posible las propiedades psicométricas del instrumento, o modificar más la adaptación del instrumento para ajustarla lo más posible a la población española, la opinión fue de promover más los cambios para adaptarlo al uso y la población de referencia (Mediana: 4; IQR=1).

## Ronda 3

La participación de la ronda 3 fue del 100% respecto a la segunda ronda. En cuanto a los cuatro modelos de respuesta propuestos, el modelo A obtuvo el mayor consenso de respuesta (Mediana= 4, IQR= 1). Cualitativamente, se encontró que el Modelo C era visualmente más atractivo, pero que el modelo A era más claro. No se halló consenso de respuesta en la modificación de la descripción de la Escala de Impacto. Para los cambios propuestos en la redacción de las instrucciones, sólo hubo consenso en la evaluación de la legibilidad (IQR=1), aunque los cambios fueron valorados en general de forma positiva (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Resultados valoraciones en rondas D2 y D3.

		Mediana	IQR	"Ha mejorado mucho" (%)	"Ha mejorado un poco" (%)	"Sigue igual" (%)	"Ha empeorado un poco" (%)	"Ha empeorado mucho" (%)
REVISIÓN D2, ASPECTOS GENERALES	Presentación general	1,5	1,5	50	41,67	0	8,33	0
	Facilidad de uso	1,5	1	50	33,33	16,67	0	0
	Instrucciones	1,5	2	50	8,3	33,3	8,33	0
	Legibilidad de los textos	1,5	1	50	33,3	16,67	0	0
	Legibilidad de los cuadros de respuesta	1	2	41,67	25	25	8,33	0
	Claridad de los elementos	2	0	83,33	8,33	8,33	0	0
	4. Responder a los demás de manera inusual o extraña	1,5	1	50	41,67	8,33	0	0
REVISIÓN D2, PROPUESTA DE ÍTEMS	5. Usar su mano para coger la mano de otra persona como instrumento	2	1	58,33	33,3	8,33	0	0
	6. Problemas con su habla (utilizar palabras que ya ha adquirido)	1	1,25	16,67	50	8,33	25	0
	13. Aferrarse o "pegarse" a los objetos	1	1,25	25	41,67	25	8,33	0
	18. Tener problemas a la hora de comunicarse	1	1,25	25	33,3	41,67	0	0
	19. Acercarse a los demás de formas extrañas o inusuales	1	1	41,67	41,67	16,67	0	0
	20. Tener intereses circunscritos (extremadamente centrados en unos temas)	1,5	1	50	41,67	0	8,33	0
	21. Tener dificultades para ser afectuoso/a o recibir afecto de los demás (ej. abrazos o besos)	2	1	66,67	33,33	0	0	0
	23. Tener dificultades a la hora de usar los pronombres (ej. confunde "yo" y "tú")	2	0	83,33	16,67	0	0	0
	25. Usar lenguaje ecolálico (repetir lo que dice otra persona de forma inmediata)	2	1	58,33	33,33	8,33	0	0
	29. Hablar fluidamente lo recíproco	1	0,25	16,67	58,33	25	0	0
	30. Compartir su placer o goce con los demás	1	1	41,67	50	8,33	0	0
	33. Sonreír a personas en situaciones sociales (ej. acercarse a alguien)	1	0,25	25	58,3	8,33	0	8,33
	38. Charlar (hablar por ser amistoso/a)	1	1,25	33,33	41,67	16,67	0	8,33
REVISIÓN D3, INSTRUCCIONES	Claridad	4	1,25	33,33	41,67	25	0	0
	Legibilidad de los textos	4	1	16,67	41,67	41,67	0	0
	Concreción	4	2	33,33	25	33,33	0	8,33

Porcentajes de respuesta en cada ronda Delphi respecto a cada pregunta. En estas preguntas, las participantes debían valorar las mejoras planteadas respecto a la anterior ronda, en una escala desde "Ha empeorado mucho" hasta "Ha mejorado mucho". Para el cálculo de medianas y IQR, se transformaban en valores ordinales (de 1 a 5). Se marcan en negrita los valores IQR donde existió consenso.

En cuanto a los dos modelos de instrucciones presentados, el 66,67% de los participantes eligió el formulario 2. Los comentarios abiertos indicaban que presentar las instrucciones en dos páginas favorecía la lectura.

Respecto a las formulaciones propuestas por los ítems establecidos como más difíciles, en 5 ítems (72%) al menos una propuesta contó con el consenso del grupo de expertos (ver [Tabla 5](#)). El ítem 7, que

52

explora la presencia de rituales y rutinas, presentó la mayor falta de consenso.

En cuanto a la pregunta sobre los ítems 6 ("Problemas con su habla"), 18 ("Problemas de comunicación") y 26 ("Tener problemas en las interacciones sociales"), el 75% de los profesionales consideró preferible añadir alguna explicación adicional que describiese las conductas a las que se hacía referencia. Cualitativamente se justificaba para facilitar su comprensión. Finalmente, el 92% de los participantes consideró que sería capaz de explicar el uso de este instrumento a padres y madres de niños con autismo.

## Fase 2

En la encuesta, la participación fue del 68,75%. En cuanto a las instrucciones, la concreción, la facilidad

de lectura, y el uso de vocabulario sencillo fueron evaluados de manera positiva, aunque solamente se halló consenso en este último aspecto (Mediana= 4, IQR =1; ver [Tabla 6](#)).

No hubo consenso entre los participantes en la encuesta para escoger una de las cuatro formulaciones del ítem 7. La propuesta mejor valorada sería la tercera ("Muestra mucho interés en tus rutinas y rituales"), pero con una ligera diferencia respecto a otras (ver [Tabla 6](#)).

En cuanto a la valoración de los ítems, los resultados indican una falta de consenso general. Sólo tres ítems (18. "Tener problemas al comunicarse "; 31. "Jugar colaborando y ayudando a los demás para un objetivo común"; 40. "Intereses de participación") obtuvieron un IQR igual a 1, aunque las valoraciones fueron en general positivas (ver [Tabla 6](#)).

**Tabla 5.** Valoración de las redacciones de los ítems en D3.

ÍTEM	Formulación del ítem	Mediana	IQR
7.	Enfrascarse en rituales y rutinas	3,5	3,25
	Estar ensimismado/a en rituales y rutinas	3	2
	Mostrar mucho interés en sus rutinas y rituales	3,5	3
9.	Hacer rutinas y rituales	2	2,25
	Aislarse de otras personas	5	1
	Estar aislado/a de otras personas	4	1
27.	Retirarse de otras personas	2	1
	Usar lenguaje inventado o propio	3,5	1
	Usar lenguaje inventado o propio, que nadie más use	4	2
29.	Hacer servir una forma de hablar inventada o propia	3	1,25
	Participar en conversaciones recíprocas	3	1,25
	Hablar con fluidez lo recíproco	4	2
31.	Conversar de forma fluida (responde a los "toma y daca" y se muestra espontáneo	1,5	3
	Jugar cooperativamente	3,5	3
	Jugar colaborando y ayudando a los demás para un objetivo común	4	0,5
32.	Jugar de forma cooperativa (buscar por los intereses de todos	3	1
	Responder positivamente al acercamiento de las demás personas	3	0,5
	Tener una actitud positiva a los acercamientos de los demás	4	1
38.	Responder de forma amistosa o abierta cuando los demás se acerca a él o ella	5	1,25
	Charlar (hablar por ser amistoso/a)	4	1,5
	Participar en momentos que se habla por hablar	3	0,25
	Participar a la hora de charlar	3,5	1,25

Resultados de las valoraciones por el grupo de expertos de las opciones de redacción de ítems considerados más difíciles de comprender. Estos ítems fueron escogidos a partir de los resultados obtenidos de la segunda ronda.

**Tabla 6.** Resultados obtenidos en la encuesta al grupo de padres.

		Mediana	IQR	1 (peor)	2	3	4	5 (mejor)	N
INSTRUCCIONES	Concreción	4	1,5	0%	18%	9%	36%	36%	11
	Facilidad de lectura	4	1,5	0%	18%	18%	36%	27%	11
	Simplicidad	4	1	0%	0%	18%	45%	36%	11
PROPUESTA DEL ÍTEM 7	Enfrascarse en rituales y rutinas	3	1,5	18%	18%	36%	27%	0%	11
	Estar ensimismado/a en rituales y rutinas	3	1,5	9%	27%	36%	18%	9%	11
	Mostrar mucho interés en sus rutinas y rituales	4	1,5	9%	9%	27%	27%	27%	11
VALORACIÓN CLARIDAD ÍTEMS	1. Estar fascinado/a por algunas partes de los objetos	4	3	18%	18%	9%	18%	36%	11
	2. Estar fascinado/a con mirar, oler, tocar o chupar objetos, o a las personas	4	2	18%	0%	27%	27%	27%	11
	3. Alinear cosas	4	4	30%	0%	10%	20%	40%	10
	4. Responder a los demás de manera inusual o extraña	3	2	9%	9%	45%	9%	27%	11
	5. Usar su mano para coger la mano de otra persona como instrumento	3	4	36%	9%	9%	0%	45%	11
	6. Problemas con su habla	4	2,5	20%	0%	20%	20%	40%	10
	7. Enfrascarse en rituales y rutinas	4	3	9%	18%	18%	27%	27%	11
	8. Tener una entonación y/o un volumen extraños	4	2	9%	0%	36%	18%	36%	11
	9. Aislarse de otras personas	4	4	36%	0%	9%	9%	45%	11
	10. Repetir acciones	4	2	0%	9%	27%	27%	36%	11
	11. Coleccionar cosas	4	2	9%	9%	27%	9%	45%	11
	12. Hacer manierismos (movimientos de manos y dedos repetitivos)	4	3	18%	9%	9%	18%	45%	11
	13. Aferrarse o “pegarse” a los objetos	3	3	18%	9%	27%	18%	27%	11
	14. Tener problemas con conductas repetitivas	4	2	9%	0%	27%	18%	45%	11
	15. Evitar sonidos, texturas u olores	3	3	0%	27%	27%	9%	36%	11
	16. Estar distante	3	4	27%	9%	18%	0%	45%	11
	17. Hacer movimientos repetitivos con todo el cuerpo	5	4	27%	0%	9%	9%	55%	11
	18. Tener problemas a la hora de comunicarse	5	1	0%	0%	10%	30%	60%	10
	19. Acercarse a los demás de formas extrañas o inusuales	4	3	9%	18%	0%	36%	36%	11
	20. Tener intereses circunscritos (extremadamente centrados en unos temas)	4	2	0%	9%	18%	36%	36%	11
	21. Tener dificultades para ser afectuoso o recibir afecto de los demás (ej. abrazos o besos)	5	2	9%	9%	27%	0%	55%	11
	22. Resistirse a los cambios	5	2,25	0%	20%	20%	0%	60%	10
	23. Tener dificultades a la hora de usar los pronombres (ej. confunde “yo” y “tú”)	3	3	18%	9%	27%	9%	36%	11
	24. Usar frases repetitivas	4	2	0%	18%	27%	9%	45%	11
	25. Usar lenguaje ecolálico (repetir lo que dice otra persona o él o ella mismo de forma inmediata)	4	3	18%	9%	18%	27%	27%	11
	26. Tener problemas en las interacciones sociales	4	1,5	0%	11%	11%	33%	44%	9
	27. Usar lenguaje inventado o propio, que nadie más use	4	2	9%	0%	27%	18%	45%	11
	28. Jugar con niños y niñas de su edad	5	2	0%	9%	27%	9%	55%	11

**Tabla 6.** Resultados obtenidos en la encuesta al grupo de padres (Continuación).

VALORACIÓN	CLARIDAD ÍTEMS								
	29. Conversar de forma fluida o recíproca	3	2	0%	18%	36%	9%	36%	11
	30. Compartir su placer o goce con los demás	4	2	0%	9%	18%	36%	36%	11
	31. Jugar colaborando y ayudando a los demás para un objetivo común	4	1	0%	9%	27%	45%	18%	11
	32. Responder de forma amistosa o abierta cuando los demás se acercan a él o ella	4	2	0%	9%	18%	27%	45%	11
	33. Sonreír a personas queridas o conocidas en situaciones sociales (ej. acercársele alguien)	4	2	0%	0%	36%	18%	45%	11
	34. Usar gestos	3	2	0%	18%	36%	9%	36%	11
	35. Consolar a otras personas	4	2	0%	9%	27%	18%	45%	11
	36. Mostrar interés por los demás	4	2	18%	0%	27%	9%	45%	11
	37. Usar la imaginación	3	2	9%	9%	36%	9%	36%	11
	38. Charlar (hablar por ser amistoso/a)	4	2	0%	9%	27%	27%	36%	11
	39. Mostrar variedad de expresiones faciales	3	2	0%	9%	45%	9%	36%	11
	40. Compartir intereses	3	1	0%	0%	64%	18%	18%	11
	41. Hacer contacto visual	5	3	22%	0%	22%	0%	56%	9

Porcentajes de las valoraciones obtenidas. En estas preguntas, los padres debían valorar la redacción de las instrucciones, dado que este elemento se había expandido desde la versión americana. Además, para ayudar a resolver la falta de consenso de expertos, los padres debían valorar qué formulación del ítem 7 les resultaba más comprensible. Para el cálculo de medianas y IQR, se transformaban en valores ordinales (de 1 a 5). Se marcan en negrita los valores IQR donde existió consenso.

## DISCUSIÓN

Este estudio ha buscado adaptar el instrumento AIM a la población española, una escala diseñada para evaluar en niños la evolución de sintomatología propia del autismo. El instrumento AIM cuenta con la capacidad de evaluar un amplio rango de conductas prototípicas, resultaría fácil de administrar y de interpretar, e incluye medidas de frecuencia e impacto de los síntomas. Estas cualidades harían que el instrumento pudiese implementarse de forma periódica en un protocolo de intervención a niños y adolescentes con TEA, para detectar cambios en la presentación de los síntomas propios del autismo.

La adaptación de test psicológicos es un proceso extenso que pretende mantener las propiedades psicométricas mientras ajusta culturalmente el instrumento a la población objetivo (32). Este estudio sería un primer paso en la adaptación del instrumento AIM a la población española, con el objetivo de producir una versión que pueda implementarse de forma preliminar en equipos de intervención terapéutica. Para ello, se realizaron adaptaciones que se complementaron a las opiniones de expertos en salud mental infanto-juvenil, mediante la técnica

Delphi, así como comentarios de familiares de niños con autismo. Esto permitió detectar debilidades de las propuestas, así como examinar la validez aparente del instrumento.

Durante las rondas Delphi se llegó a un consenso de respuesta en la mayoría de los aspectos que se consultaron. Además, se valoraron positivamente la mayoría de las propuestas.

En la primera ronda, destaca el hecho que pocos ítems fueron hallados como difíciles de entender, y que la mayoría fueran descritos como relevantes; esto es, que evaluaban conductas propias del autismo y que su detección les resultaría de utilidad como profesionales. En este sentido, sorprende que, aunque la versión abreviada se escogiera, los participantes expresaron que aquellos ítems descartados seguían siendo relevantes y de utilidad clínica. Esto podría explicarse considerando que la heterogeneidad del TEA haría necesario registrar más conductas para evaluar correctamente su presencia (33)

En la segunda ronda, se quiso valorar la bondad de algunos elementos que no se habían incluido hasta el momento, como fueron la descripción exhaustiva de las instrucciones de uso, y la traducción de algunos ítems. Esto era importante para aumentar la validez

del instrumento. En general la propuesta fue bien recibida, si bien el apartado de las instrucciones fue detectado como el punto con más margen de mejora.

En la tercera ronda, se quiso refinar algunas descripciones de conductas, así como la presentación del instrumento. En esta ronda se llegó a un consenso en un diseño, aunque no parecer existir mucha diferencia entre la propuesta y la forma de presentación anterior, sugiriendo que la opción escogida por la mayoría no destacaba particularmente. En casi todos los ítems presentados, hubo una descripción del síntoma que fue seleccionada de forma consensuada y notablemente valorada.

En cuanto a la encuesta, los resultados son limitados por el bajo número de participantes. Destaca una respuesta más heterogénea, aunque positiva, especialmente en el uso de vocabulario sencillo. Por tanto, los resultados sugerirían que se habría alcanzado el objetivo de conseguir un instrumento de fácil administración. De todos modos, sería necesario continuar recogiendo comentarios de padres y madres de niños con autismo.

Una de las fortalezas del estudio fue el alto seguimiento durante las rondas Delphi. En los estudios Delphi, se espera que el 20-30% de los participantes abandonen la investigación en cada ronda (30); en comparación, en nuestra muestra un 80% de los expertos continuó participando hasta la última ronda. Además, los participantes contaban con experiencia en intervención terapéutica infantojuvenil. Para cada ronda hubo mucho consenso entre el grupo de participantes, lo que permitió acelerar el número de posibles modificaciones.

Un paso importante para el estudio fue la consulta a familiares de niños con autismo acerca del instrumento. Es importante ajustar en la medida de lo posible los instrumentos de registro parental, teniendo en cuenta que existen perfiles de familiares que tienden a no responder a estas medidas (12). Si se realizan adaptaciones que faciliten el trabajo de los miembros de la familia, tanto el terapeuta como el paciente y el entorno cercano podrían beneficiarse de una intervención más efectiva. Sin embargo, las conclusiones de la encuesta sugieren que sería importante aumentar el número de participantes y la metodología de consulta. La variabilidad y número

de respuestas limitadas no permiten establecer si la adaptación presentada les resultó comprensible, exhaustiva, y de fácil uso.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. Primero, la selección de los participantes en el SPPIJ del Hospital Clínic podría implicar un sesgo de respuestas. Al reclutar participantes de un solo centro, era más probable encontrar un consenso sobre el instrumento y la dirección en las mejoras. Este efecto puede haber sido parcialmente limitado; los participantes provenían de dos dispositivos con diferentes grados de intervención diferenciados: los CSMIJ son servicios ambulatorios comunitarios que atienden a toda la población menor de 18 años de su área de referencia con diferentes patologías mentales.; URTEA recibe derivaciones exclusivamente de menores con diagnóstico principal TEA y con importante alteración funcional que ya han recibido intervenciones previas en el ámbito comunitario (ambulatorio y hospital de día) sin mejoría funcional. Sin embargo, sería recomendable contar con más expertos de otros dispositivos para generar una mayor variabilidad inicial en las respuestas. En segundo lugar, habría que considerar el amplio espectro de variables analizadas durante la fase 1. Habiendo adaptado cada ronda a las modificaciones propuestas por los participantes, muchos aspectos no pudieron ser evaluados a través de una sola medida. Esto significaba que los resultados no podían compararse totalmente, dificultando la capacidad de extraer conclusiones generalizables entre rondas. Un replanteamiento de la técnica Delphi reduciría el número de variables entre rondas, además de las preguntas formuladas para cada ronda. En tercer lugar, el pequeño número de participantes en la encuesta podría restringir el alcance de las conclusiones encontradas. La evaluación por parte de los cuidadores se fortalecería si se incluyera más participantes con perfiles divergentes. Cuarto, el límite estricto de rondas no permitió establecer un consenso en algunos aspectos. Del mismo modo, el uso de la técnica Delphi en el grupo de padres habría permitido extraer conclusiones acordadas con cierta solidez. Idealmente, un nuevo estudio siguiendo la técnica Delphi habría continuado hasta que se alcanzara un consenso.

## CONCLUSIONES

Este estudio ha realizado la adaptación para su uso clínico en población española de un instrumento que permite evaluar de manera estandarizada cambios sutiles en presencia y afectación de síntomas centrales del autismo en niños y adolescentes. Esta adaptación de la escala estaría pensada para implementarse en intervenciones terapéuticas, registrando variaciones sintomatológicas durante los tratamientos para niños con autismo. Se ha obtenido una adaptación del instrumento AIM, tras la valoración de un grupo de expertos clínicos de la capacidad del AIM de medir los síntomas propios del TEA y los cambios en los mismos durante las intervenciones. Los resultados sugieren que las modificaciones presentan validez aparente. La incorporación de dicho instrumento a los estudios de eficacia de intervenciones en TEA podría mejorar la evaluación de progresos y definir áreas de trabajo específicos. Con este, los siguientes pasos para poder validar completamente este instrumento a la población española incluirían la formación de un grupo de expertos con mayor diversidad geográfica y ámbitos profesional que evaluase de forma consensuada.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de todo el personal SPPIJ y de los padres y madres que participaron en el estudio.

## CONTRIBUCIONES

A. Tapia Córcoles: Realizó la revisión bibliográfica acerca de la técnica Delphi, el instrumento AIM, y procesos de adaptación y validación de test psicológicos; elaboró el diseño del estudio; realizó la traducción y elaboración de las modificaciones, revisiones y propuestas del instrumento AIM durante el estudio; hizo el reclutamiento de participantes para la fase 1 y fase 2; elaboró las encuestas para las fases 1 y 2, hizo el seguimiento de participación, realizó el análisis de datos durante las rondas Delphi y posterior a éstas, realizó el redactado del manuscrito.

R. Calvo Escalona: Promotora del estudio ante el Comité Ético de Investigaciones del Hospital Clínic de Barcelona y ante el Servicio de Psiquiatría

y Psicología Infantojuvenil del Hospital Clínic de Barcelona, propuso la metodología básica del estudio, y supervisó en la redacción del manuscrito y su revisión.

R. Nicolau Palou: Aportó supervisión en la metodología de las encuestas y en las modificaciones del instrumento posterior a las encuestas, dio apoyo en la preselección de candidatos para el reclutamiento de participantes durante la fase 2 del estudio, y participó en la revisión del manuscrito.

## FINANCIACIÓN

El trabajo se ha realizado sin financiación.

## CONFLICTOS DE INTERÉS Y CUMPLIMIENTOS ÉTICOS

Los autores expresan no tener conflictos de interés.

## REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
2. Salazar F, Baird G, Chandler S, Tseng E, O'sullivan T, Howlin P, et al. Co-occurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* (Internet). 2015;45(8): 2283–94. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2361-5>
3. Fuentes J, Hervás A, Howlin P, (ESCAP ASD Working Party). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(6): 961-84. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>
4. Morales Hidalgo P. Epidemiologia dels trastorns de l'espectre de l'autisme en població escolar de Tarragona (Internet). *Tdx.cat*. (citado 2022 Apr 5). [https://www.tdx.cat/documents/14/55/52/145552647862975580154027968965956992628/document\\_1.pdf](https://www.tdx.cat/documents/14/55/52/145552647862975580154027968965956992628/document_1.pdf)
5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro

- Autista en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. (Internet) 2009, UETS N° 2007/5-3 (citado 2022 Abr 5).  
[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_462\\_Autismo\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf)
6. The nice guideline on the management and support of children and young people on the autism spectrum (Internet). National Collaborating Centre For Mental Health. (cited 2022 Apr 5).  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg170/evidence/autism-managment-of-autism-in-childrenand-young-people-full-guideline-248641453>
  7. Lord C, Elsabbagh M, Baird G, Veenstra-Vanderweele J. Autism spectrum disorder. *Lancet*. 2018;392(10146): 508-20.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31129-2)
  8. Lord C, Wagner A, Rogers S, Szatmari P, Aman M, Charman T, et al. Challenges in evaluating psychosocial interventions for Autistic Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(6).  
<https://doi.org/10.1007/s10803-005-0017-6>
  9. Schreibman L, Dawson G, Stahmer AC, Landa R, Rogers SJ, McGee GG, et al. Naturalistic Developmental Behavioral Interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(8): 2411-28.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8>
  10. McConachie H, Parr JR, Glod M, Hanratty J, Livingstone N, Oono IP, et al. Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder. *Health Technol Assess (Internet)*. 2015;19(41):1-506.  
<https://doi.org/10.3310/hta19410>
  11. Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M. Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chic)* (Internet). 2018;55(4):520-37. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000167>
  12. Morris AC, Macdonald A, Moghraby O, Stringaris A, Hayes RD, Simonoff E, et al. Sociodemographic factors associated with routine outcome monitoring: a historical cohort study of 28,382 young people accessing child and adolescent mental health services: Sociodemographic variation in outcome monitoring. *Child Adolesc Ment Health (Internet)*. 2021;26(1):56-64. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1111/camh.12396>
  13. Kanne SM, Mazurek MO, Sikora D, Bellando J, Branum-Martin L, Handen B, et al. The Autism Impact Measure (AIM): initial development of a new tool for treatment outcome measurement. *J Autism Dev Disord (Internet)*. 2014;44(1):168-79. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-013-1862-3>
  14. Grzadzinski R, Janvier D, Kim SH. Recent developments in treatment outcome measures for young children with Autism spectrum disorder (ASD). *Semin Pediatr Neurol (Internet)*. 2020;34(100806):100806. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071909120300127>
  15. Grzadzinski R, Carr T, Colombi C, McGuire K, Dufek S, Pickles A, et al. Measuring changes in social communication behaviors: Preliminary development of the Brief Observation of Social Communication Change (BOSCC). *J Autism Dev Disord (Internet)*. 2016;46(7):2464-79. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-016-2782-9>
  16. Houghton R, Monz B, Law K, Loss G, Le Scouiller S, de Vries F, et al. Psychometric validation of the autism impact measure (AIM). *J Autism Dev Disord (Internet)*. 2019;49(6):2559-70. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-019-04011-2>
  17. Mazurek MO, Carlson C, Baker-Ericzén M, Butter E, Norris M, Kanne S. Construct validity of the Autism Impact Measure (AIM). *J Autism Dev Disord (Internet)*. 2020;50(7):2307-19. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-018-3462-8>
  18. Grimm RP, Zhong N, Mazurek MO. Brief report: Replication of the five-factor structure of the Autism Impact Measure (AIM) in an independent sample. *J Autism Dev Disord (Internet)*. 2021; Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1007/s10803-021-05303-2>
  19. Mazurek MO, Carlson C, Baker-Ericzén M, Butter E, Norris M, Barr C, et al. The Autism Impact Measure (AIM): Examination of sensitivity to change. *Autism Res (Internet)*. 2020;13(11):1867-79. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1002/aur.2397>

20. Shepherd D, Landon J, Goedeke S, Ty K, Csako R. Parents' assessments of their child's autism-related interventions. *Res Autism Spectr Disord* (Internet). 2018;50:1–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2018.02.005>
21. Ketcheson LR, Pitchford EA, Wentz CF. The relationship among early functional milestones and core deficits in Autism Spectrum Disorder. *Res Autism Spectr Disord* (Internet). 2020;78(101638):101638. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101638>
22. Koziazk F, Roncadin C, Kata A, Duku E, Cauwenbergs A, Mahoney W, et al. Investigating the associations between child autistic symptoms, socioeconomic context, and family life: A pilot study. *Front Rehabil Sci* (Internet). 2021;2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/frsc.2021.748346>
23. Barrett D, Heale R. What are Delphi studies? *Evid Based Nurs* (Internet). 2020;23(3):68–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/ebnurs-2020-103303>
24. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique: Delphi survey technique. *J Adv Nurs* (Internet). 2000;32(4):1008–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
25. Keeney S, Hasson F, McKenna H. The Delphi Technique. In: *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010. p. 1–17.
26. Bauer SM, Fusté A, Andrés A, Saldaña C. The Barcelona Orthorexia Scale (BOS): development process using the Delphi method. *Eat Weight Disord* (Internet). 2019;24(2):247–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40519-018-0556-4>
27. Keeney S, Hasson F, McKenna H. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud* (Internet). 2001;38(2):195–200. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00044-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00044-4)
28. Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs* (Internet). 2006;53(2):205–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>
29. Grime MM, Wright G. Delphi Method (Internet). *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. Wiley; 2016. p. 1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118445112.stat07879>
30. Chalmers J, Armour M. The Delphi Technique. In: *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Singapore: Springer Singapore; 2019. p. 715–35.
31. Bijker L, Sleijser-Koehorst MLS, Coppieters MW, Cuijpers P, Scholten-Peeters GGM. Preferred self-administered questionnaires to assess depression, anxiety and somatization in people with musculoskeletal pain - A modified Delphi study. *J Pain* (Internet). 2020;21(3–4):409–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2019.08.006>
32. Muñoz J. Fases para la construcción de un test. En: *Introducción a la Psicometría. Teoría Clásica y TRI*. Madrid: Pirámide, p. 265-282.
33. Cervantes PE, Matson JL, Matheis M, Burns CO. Ethical considerations regarding treatment. In: *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 41–58.

M. Velilla-Picazo <sup>1</sup>  
P. M. Ruiz-Lázaro <sup>1</sup> \* 

<sup>1</sup> Sección Psiquiatría Infanto-Juvenil HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Universidad de Zaragoza. I+CS. Zaragoza, España.

\* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

P. M. Ruiz-Lázaro  
Correo: [pmruiz@aragon.es](mailto:pmruiz@aragon.es)

---

*Figuras de la psiquiatría infantil en España: el Dr. D. Agustín Serrate Torrente y la Unión Europea de Paidopsiquiatras (UEP)*

*Figures of child psychiatry in Spain: Dr. D. Agustín Serrate Torrente and the European Union of Child Psychiatrists (ESCAP)*

---

## RESUMEN

Se presenta en este artículo la figura histórica de Agustín Serrate Torrente. Gran pionero de la Psiquiatría infantil española, que la inauguró en 1967 en el contexto de la cátedra de Psiquiatría fundada por el Profesor Ramón Rey Ardid en Zaragoza, con una de las primeras unidades de Psiquiatría infantil de nuestro país, que atendía a pacientes de los más diversos lugares del norte de España. Fue cronista de los primeros 25 años de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (SENPI, hoy AEPNYA) y primer director de la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, fundada en 1983. En Viena fue elegido en 1975, por sus méritos científicos y humanos, Presidente de la Unión Europea de Paidopsiquiatras (UEP, actual ESCAP).

**Palabras clave:** Historia, Psiquiatría infantil, pionero, España.

## ABSTRACT

The historical figure of Agustín Serrate Torrente, a great pioneer of Spanish child psychiatry, is presented in this article. That he inaugurated in 1967, in the context of the Psychiatry chair founded by Professor Ramón Rey Ardid in Zaragoza, one of the first child psychiatry units in our country, with patients from the most diverse places in northern Spain. He was a chronicler of the first 25 years of the Spanish Society of Child Neuropsychiatry (SENPI, now AEPNYA) and the first director of the Journal of Child and Adolescent Psychiatry, founded in 1983. In Vienna he was elected, for his scientific and human merits, in 1975, President of the European Union of Pediatric Psychiatrists (UEP, current ESCAP).

**Keywords:** History, Child psychiatry, pioneer, Spain.

## INTRODUCCIÓN

Hablar de la figura del Dr. D. Agustín Serrate (Huesca, 1911-Zaragoza, 1986) (Figura 1) y su relación con la Unión Europea de Paidopsiquiatras UEP (actual ESCAP) supone destacar la dimensión europea e internacional que el Dr. Serrate tuvo desde su formación como psiquiatra, psiquiatra infantil y experto en psicodiagnóstico mediante técnicas proyectivas, y a lo largo de su dilatada carrera en estas tres vertientes profesionales.

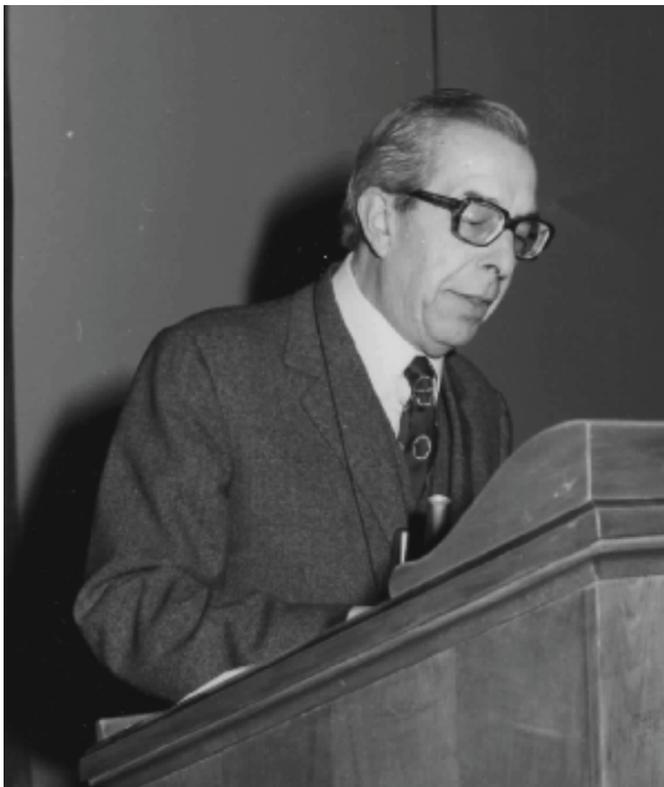


Figura 1. Profesor Agustín Serrate Torrente.

## FORMACIÓN Y TRABAJO

El Dr. Serrate realizó su formación psiquiátrica en Alemania con el Prof. Kleist, y en España, Zaragoza, con el Prof. Rey Ardid (Figura 2), quien recordemos había sido el primer traductor al español de las obras completas de Sigmund Freud (también como algunos sabrán, fue campeón de ajedrez de España...).

Trabajó en el Manicomio Nuestra Señora del Pilar y en la sala Ramón y Cajal del Hospital Real

y Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, una gran institución zaragozana desde el siglo XV.

Fue adjunto a la Cátedra de Psiquiatra y Psicología Médica del Dr. Rey Ardid (Figura 2) en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, y para muchos el «alma mater» de este centro. Tuvo un papel determinante en la docencia de la Psiquiatría en Aragón desde 1969 hasta su jubilación en 1983.

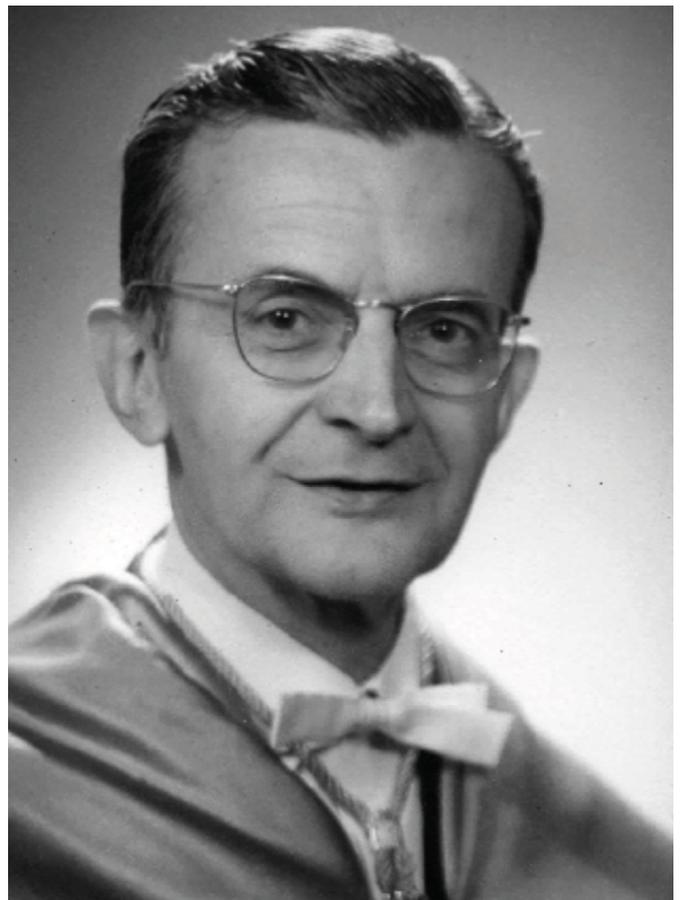


Figura 2. Profesor Ramón Rey Ardid.

## MÉTODOS PROYECTIVOS

El Dr. Serrate no solo fue uno de los pioneros de la Psiquiatría Infantil española, como veremos mas adelante, sino que también llegó a ser una autoridad internacional en el test de Rorschach y otros métodos proyectivos (1). Su otra especialización fue la Psiquiatría proyectiva; como impulsor de las técnicas diagnósticas rorschachianas organizó reuniones, congresos y publicaciones de ámbito internacional.

Ya hizo su tesis doctoral en 1945 sobre la prueba de Ben-Eschemburg (Ben- Rorschach), que es la serie de láminas de manchas de tinta, paralelas a las diez tradicionales de Rorschach (2).

Más adelante, tradujo del alemán el “Manual de Psicodiagnóstico de Rorschach” de Ewald Bohm, siendo el primer manual sobre este método proyectivo con difusión internacional.

También investigó la utilidad de la aplicación de los tests de manchas de tinta en la exploración psicopatológica de los niños, en concreto la serie de tres láminas de Zulliger.

En 1970 organizó y se celebró en Zaragoza, bajo su Presidencia, el “VIII Congreso Mundial de Rorschach y métodos proyectivos”.

También colaboró y participó en el “IX International Rorschach Congress” celebrado en Fribourg (Suiza) al que asistió el Prof. Ewald Bohm (3).

## PSIQUIATRÍA INFANTIL

Pero la Psiquiatría Infantil fue su interés primordial y desde los años iniciales de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (SENPI), hoy AEPNYA, se incorporó a sus actividades científicas.

Recordemos que en 1943 el Dr. Solé Segarra asistió en Suiza, Basilea, al “Congreso Internacional de Psicotecnia” donde coincidió con su antiguo maestro Emilio Mira, exiliado entonces, y contactó en el País Helvético con Moritz Tramer, profesor de la Universidad de Berna, que describió el “Mutismo electivo de la infancia”, y fue fundador de la prestigiosa revista “Acta Paedopsiquiátrica”.

Tramer se reunió con Mira y Solé Segarra (Figura 3) y éste planteó la sugerencia de fundar el equivalente español de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, que Tramer acogió con entusiasmo prometiendo su apoyo, así como el de la revista “Acta Paedopsiquiátrica”, por él fundada, donde nos puso en cabecera como órgano oficial español, al lado de las Sociedades de Suiza, Alemania, Países Escandinavos y otras que se fueron añadiendo. El nombre de Solé Segarra figuró en el comité de redacción muchos años, junto con los de López Ibor, Córdoba Rodríguez y Serrate Torrente, quién posteriormente sería el primer director de la “Revista de Psiquiatría Infantojuvenil” fundada en 1983 (4). (Figura 4).

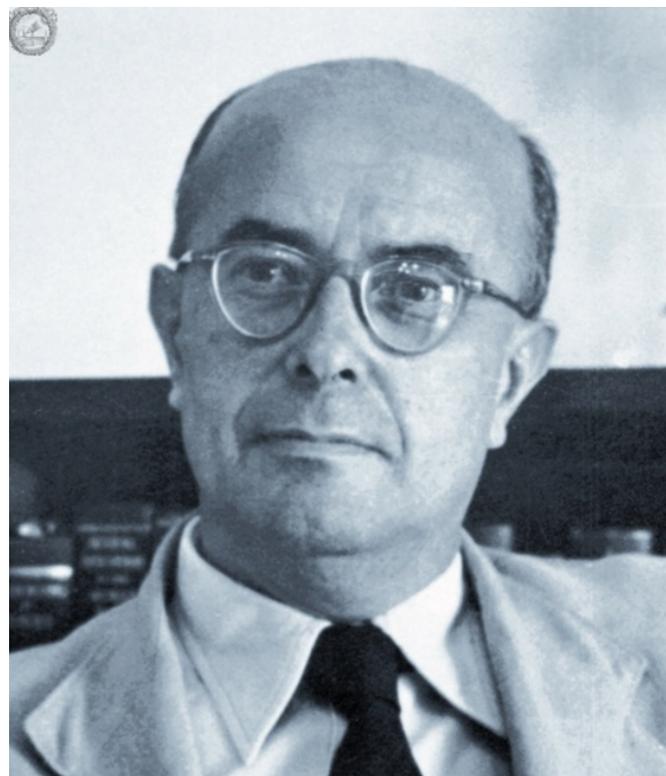


Figura 3. Dr José Solé Segarra.



Figura 4. Profesor Agustín Serrate Torrente en 1983.

62

José Solé Segarra fue decisivo promotor y socio fundador de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría Infantil en 1952 en Barcelona (Figura 5). En otoño de 1949 convocó a los médicos barceloneses más directamente relacionados con la neuropsiquiatría infantil. Se reunían en el "Café Oro del Rin", ya desaparecido (Figuras 6 y 7).

Los primeros Socios de Honor de nuestra Sociedad fueron Moritz Tramer y el holandés van Krevelen, primeros directores de "Acta Paedopsiquiátrica"; con ambos el Dr. Serrate mantuvo frecuente correspondencia y colaboración en actividades científicas.

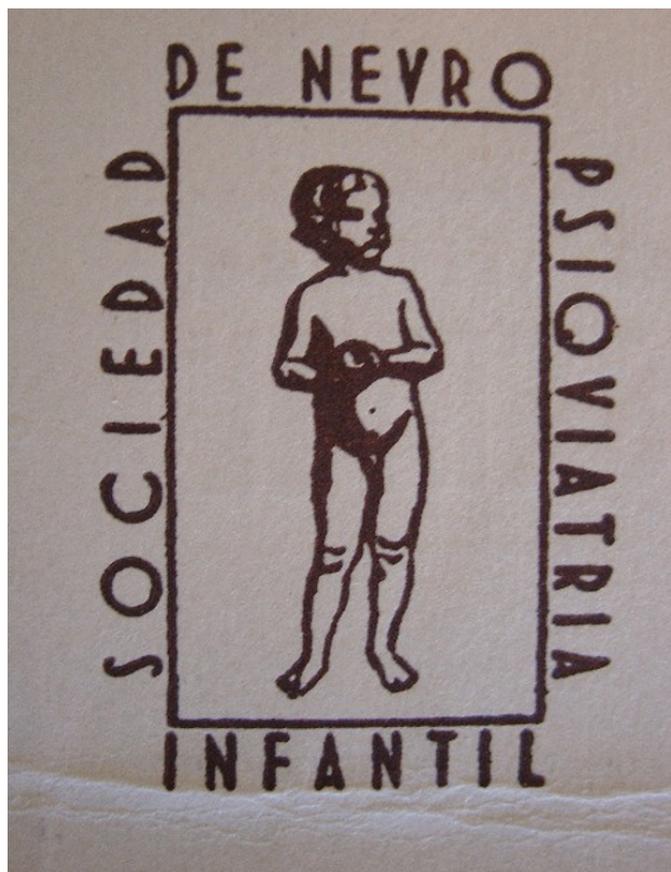


Figura 5. Logotipo de la Sociedad Neuropsiquiatría Infantil.

Volviendo a los orígenes de nuestra Sociedad, cuya creación venía gestándose merced a los esfuerzos de unos adelantados como Córdoba, Moragas, Folch Camarasa, Bassols y otros pioneros impulsados por el entusiasmo de Solé Segarra, inculcado por su maestro Tramer, el tres de mayo de 1952 se dio cuenta de la

primera Junta Directiva, quedando constituida como sigue:

Presidente: Dr. D. José Córdoba Rodríguez  
Vicepresidente: Dr. D. Carlos Vazquez Velasco  
Secretario: Dr. D. José Solé Segarra  
Tesorero: Dr. D. Luís Folch Camarasa  
Secretario de Actas: Dr. D. Ramón Bassols

Ese mismo día tres, se celebró una Sesión Científica sobre el tema general "Encefalopatías Infantiles y sus secuelas".

En 1953, los días 16 y 17 de mayo, se celebró en Madrid la segunda Reunión Anual de la Sociedad organizada por el Dr. Carlos Vázquez Velasco, y en los mismos días de igual mes de 1954, tuvo lugar en Valencia la III Reunión bajo la presidencia del Prof. Alberca y la organización del Dr. José Alcamí.



Figura 6. "Café Oro del Rin".

Los días 15 y 16 de mayo de 1955 es Zaragoza la sede de la IV Reunión, presidida por el Profesor Ramón Rey Ardid entonces director del Manicomio de Zaragoza y campeón de España de ajedrez y organizada por el Dr. Agustín Serrate. En la misma participó, como Socio de Honor, el paidopsiquiatra holandés van Krevelen (Figura 8).



Figura 7. "Café Oro del Rin".



Figura 8. Zaragoza, 1955. IV Reunión Anual. (III en Valencia). Arriba de izquierda a derecha, entre otros: Folch, Serrate, Solé, Vázquez, Rey Ardid (presidente reunión), Van Krevelen (holandés) y Alcaurí.

A lo largo de la celebración de la VI Reunión en San Sebastián, es elegido el Dr. Serrate vocal de la Junta Directiva.

En mayo de 1962 en la X Reunión de la Sociedad, celebrada en Sevilla, el Dr. Serrate es elegido Vicepresidente de la Junta Directiva.

Como gran pionero de la Psiquiatría infantil española inauguró en 1967, en el contexto de la cátedra fundada por el Profesor Ramón Rey Ardid en Zaragoza, una de las primeras unidades de Psiquiatría infantil de nuestro país, con pacientes de los más diversos lugares del norte de España.

En 1971, la Reunión de la Sociedad se celebró en Madrid bajo la presidencia del Dr. Carlos Vázquez Velasco. En la Asamblea General reglamentaria, se renovó la Junta y se eligió Presidente de la Sociedad al Dr. Agustín Serrate (5).

## ÁMBITO INTERNACIONAL

En el ámbito internacional nuestra Sociedad se mostró muy activa, hallándose siempre representada por un grupo mayor o menor de colegas en casi todas las manifestaciones científicas de nuestra especialidad celebradas fuera de España.

Para entonces, el Dr. Serrate asistió y participó en los congresos de la "Sociedad Internacional de Psiquiatría Infantil" celebrados en París, Lisboa, Edimburgo, La Haya y Filadelfia, así como en los organizados por la Unión Europea de Paidopsiquiatras en París, Wisbaden, Roma, Estocolmo y Viena, intensificando en todos ellos sus contactos y colaboración con colegas europeos (recordemos que el Dr. Serrate hablaba con fluidez alemán, inglés y francés, aparte de su perfecto dominio del español puesto de manifiesto en sus brillantes conferencias e intervenciones).

En aquel entonces la Unión Europea de Paidopsiquiatras contaba con Georges Heuyer y Adolf Friedman como Presidentes de Honor, y el Presidente de la Junta Directiva era W. Spiel.

Fue precisamente en Viena, en el V Congreso de la UEP celebrado en julio de 1975, donde se elige Presidente de la UEP, por unanimidad, al Dr. Agustín Serrate, siendo el primer psiquiatra infantil español que accedía a dicho cargo (6). Naturalmente esto supuso un espaldarazo y fue un motivo de orgullo para la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, y en concreto para la Cátedra de Psiquiatría de Zaragoza, el que un nombramiento tan prestigioso recayera en nuestro maestro. (Aún hoy en día supone un muy grato e imborrable recuerdo el improvisado homenaje al día siguiente de su elección, último día del Congreso, que en el hotel Imperial de Viena le dedicamos los colegas y discípulos españoles que le acompañábamos).

Fue en ese V Congreso de la UEP, celebrado en Viena, donde también se decidió por gran mayoría, que la sede del próximo congreso europeo fuese en

España, concediendo el honor no solo al Dr. Serrate eligiéndole Presidente, sino que también fueron nombrados para formar parte de la Junta Directiva de dicha sociedad europea, como secretario general al Dr. Mendiguchía, secretario científico al Dr. Gutierrez y tesorero al Dr. Sordo.

Con la Presidencia de la UEP del Dr. Serrate se abrían nuevos caminos de estudio, investigación y de colaboración profesional para la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil.

La preparación y organización del siguiente congreso de la UEP en Madrid supuso todo un reto para la SENPI y en particular para el Dr. Serrate.

Como preludeo, se organizó en abril de 1977, en Madrid, un Symposium Internacional sobre “Organización de la asistencia psiquiátrica a niños y jóvenes psíquicamente perturbados” con la colaboración de los Drs.: Duché (Francia), Giordano (Italia) Spiel (Austria), Lemp (Alemania) y otros psiquiatras infantiles europeos, lo que constituyó un acontecimiento científico muy importante.

Ya en el año anterior, en mayo de 1976, se celebró en Zaragoza, organizado y presidido por el Dr. Serrate, el “III Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil” (7) que fue clausurado con una conferencia extraordinaria pronunciada por el Dr. Martín Palmaz, director psiquiatra de la Tidewater Mental Health Clinic de Williamsburg (E.E.U.U.), con el tema “Teoría de la familia. Significado del sistema familiar en las manifestaciones de la conducta en el niño y en el adolescente”.

Así mismo, en mayo de 1978, se celebró en Madrid el “I Symposium Internacional sobre Autismo” en el que también colaboró el Dr. Serrate.

Del 25 al 29 de Junio de 1979 se celebró en Madrid el “VI Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras” (8). La asistencia superó todas las previsiones. La mayor parte de las primeras figuras de la Psiquiatría Infantil europea participaron activamente a lo largo del congreso, como se puede comprobar en el programa oficial del Congreso (9). Se desarrollaron 15 conferencias magistrales, 4 ponencias, 10 simposios y 121 comunicaciones libres. La intervención del Dr. Serrate versó sobre “Estado actual de la asistencia psiquiátrica infantil en Europa”.

No vamos a extendernos en recordar el alto nivel científico y la relevancia de los profesionales que intervinieron, pero sí parece oportuno destacar las tres conferencias previas al acto inaugural y un simposio en particular.

Las primeras fueron las siguientes:

- “Influencia de los medios de comunicación social (prensa, radio, cine, TV, etc.) en el desarrollo psicológico del niño” (J. Duché – Francia),
- “Influencia de los factores psicológicos en el desarrollo psicomotor del niño” (J. Cravioto – Méjico), y
- “Procesos malformativos y constitucionales que conllevan trastornos psicomotores” (J. Pascual Castroviejo – España).

El tema del simposio, al que hemos hecho referencia, fue: “Formación del psiquiatra de niños” presidido por el Dr. A. Seva Díaz y en el que, entre otros relatores, intervinieron los Profs. H. Remschmidt y E. Garralda.

Se planteaba, como conclusión, la necesidad de desarrollar los contenidos formativos de lo que debería ser la especialidad de Psiquiatría Infantil en España, tomando como referencia los modelos de otros países europeos en los que la especialidad ya era un hecho. Pero esto ya supondría el relato de una larga historia todavía, en la actualidad, no concluida...

También participó, ya jubilado, en el Congreso sobre el Niño abandonado, celebrado en Zaragoza en 1984 (Figura 9).



Figura 9. Congreso sobre el Niño abandonado. Zaragoza, 1984.

## RECONOCIMIENTO

En noviembre de 1981, con motivo de su jubilación a los 70 años de edad, la Universidad de Zaragoza le ofreció un merecido homenaje, que tuvo una amplia repercusión social. (10)

En 1986, en concreto el día 5 de julio, falleció en Zaragoza el Prof. Dr. Agustín Serrate Torrente, pionero de la Psiquiatría Infantil, figura fundamental en la Sociedad Española de Psiquiatría Infantil, de la que fue Presidente y primer Presidente español de la Unión Europea de Paidopsiquiatras. (Figura 10).

Publicó mucho, cuando era difícil hacerlo, en la primera mitad del siglo XX y hasta su muerte. También fue el primer director de la Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil, fundada en 1983 y cronista oficial de los primeros 25 años de la sociedad (1952-1977) (11).

Pudo ver en pleno funcionamiento la Sección de Psiquiatría Infantojuvenil, que él mismo creó en 1967, dentro del departamento de Psiquiatría en el Hospital Clínico de Zaragoza. Fue el primer servicio de Psiquiatría infantil en Aragón y uno de los pioneros en España.

Muchas generaciones de psiquiatras infantiles de España y de Europa, lo recordaremos siempre, como el gran maestro que fue.

La discreción y modestia de Serrate hacía que pasara desapercibido para una gran parte de la sociedad de la época. **“Era tan poco dado a las apariencias que tardabas en enterarte de que estabas delante de una figura de la psiquiatría internacional”**, en palabras de otro psiquiatra oscense, Álvaro Monzón. En su correspondencia consta la estrecha relación que tenía con catedráticos alemanes, holandeses, daneses, franceses o ingleses. Tampoco alardeaba de su faceta solidaria, como el hecho de que Serrate sufragara con su dinero un centro ocupacional de día para niños enfermos.

En noviembre de 1986 se celebró en Benalmádena (Málaga) el “V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Infantojuvenil” presidida entonces por el Dr. Vicente Lopez-Camos Ibor, que constituyó el Homenaje Oficial de la Sociedad al Dr. Serrate, que se plasmó en un sentido Homenaje Póstumo en el Acto Inaugural en el que intervinieron insignes psiquiatras infantiles, compañeros y amigos del Dr. D. Agustín Serrate (11, 12) (Figura 11).



Figura 10. Congreso Internacional de Psiquiatría infantil.

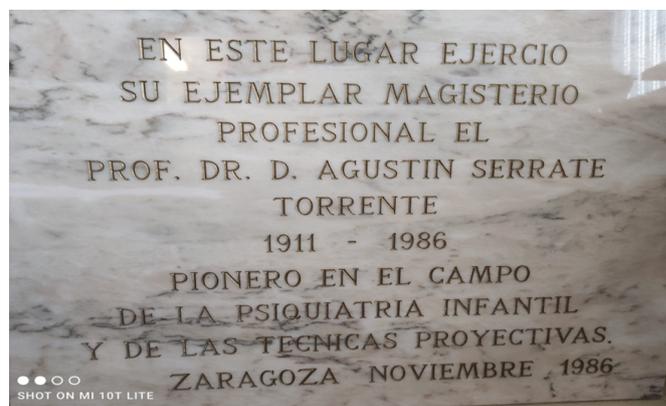


Figura 11. Placa de homenaje.

## CONCLUSIÓN

Como final, queremos traer como reflexión, unas palabras que el Dr. Serrate pronunció en el acto inaugural de la “XX Reunión de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil”: **“Casi siempre nos sentimos inclinados a idealizar los “buenos tiempos pasados” aunque también sea cierto que no deseamos, en realidad, verlos retornar; sencillamente, proclamamos los méritos del pasado para acentuar los merecimientos, que creemos mayores, del presente.”**

## REFERENCIAS

1. Velilla Picazo J.M., Bonals Pi A. La Psiquiatría Infantil en Aragón. En: Historia de la Psiquiatría del siglo XX en Aragón. Ed. Gráficas Vela. Zaragoza; 2014. pp. 149-170.

2. Serrate A. Contribución al estudio de la prueba de Behn-Eschenburg (Behn- Rorschach) en Psiquiatría. Tesis Doctoral. Ed Heraldo de Aragón, Zaragoza; 1951.
3. IX Internacional Rorschach Congress. Fribourg 31-8 al 3-9, 1977. Programa oficial del Congreso; 1977.
4. Ruiz-Lázaro PM. Solé Segarra: historia viva de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 1 de marzo de 2005;22(1): 11-20. Disponible en:  
<https://aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/59>
5. Serrate A. Los primeros veinticinco años de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (1952- 1977). Ed. Libros Pórtico, Zaragoza 1978.
6. Union Europaischer Padopsychiater. V UEP Kongress. Wien, 1975. Ed. Egerman, Wien, 1975. (Programa Oficial del Congreso)
7. III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría Infantil. Zaragoza 23-26 de mayo de 1976. (Programa oficial del Congreso).
8. Zaragoza Viva 11- 1- 79, pag. 17 Zaragoza.
9. VI Congreso de la Unión Europea de Paidopsiquiatras Madrid 25-29 de junio de 1979. (Programa oficial del Congreso).
10. Hoja del Lunes 22- junio- 1981 Zaragoza.
11. Mardomingo MJ, Rodríguez Ramos P, Gastaminza X. Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA) en su setenta aniversario. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 30 de junio de 2020;37(2):7-22.  
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/358>
12. V Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantojuvenil. Benalmádena (Málaga) 12- 15 nov. 1986. (Programa oficial del Congreso).

---

### 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](http://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 de la Infancia y la Adolescencia (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:

- 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](http://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.beadslan.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 de la Infancia y la Adolescencia.

### 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 de la Infancia y la Adolescencia (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 de la Infancia y la Adolescencia (AEPNyA).

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

### LEGITIMACIÓN

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

## CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

## DEBERES DE LOS AUTORES

### NORMAS DE INFORMACIÓN

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

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

### **LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO**

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

### **LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE**

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

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

### **RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES**

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

### **LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO**

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

### **DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES**

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

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

### **DEBERES DE LOS EDITORES**

#### **DECISIONES SOBRE LA PUBLICACIÓN**

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

#### **JUEGO LIMPIO**

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

## CONFIDENCIALIDAD

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

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

## DEBERES DE LOS REVISORES

### CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

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

### PRONTITUD

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