

Infanto-Juvenil

Volumen 40 • Número 4 • 2023

EDITORIAL

Ilusión, retos y compromiso

Matías Real-López 1

PERSPECTIVA CLÍNICA

La actualidad de la prevención del suicidio en la adolescencia, grandes esfuerzos y peores resultados ¿Por qué?

F. Villar-Cabeza, M.C. Navarro-Marfisis, A. Jimenez-Lafuente y M. Vila-Grifoll 2

ARTÍCULO ORIGINAL

Impacto del confinamiento por la pandemia por COVID-19 en ansiedad, depresión y estrés en niños y adolescentes de México

Q.V. Gutiérrez Rayas, A. P. González, M.B. Mercado Villegas, G.P Sosa Bustamante, C. Paque Bautista y M. Ruiz Jaramillo 5

Estudio observacional comparativo de un año de duración del impacto de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de síntomas de ansiedad y de depresión entre 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental y 93 voluntarios sanos

María Juncal-Ruiz, María Ruiz-Torres, Nuria Diego-Falagán, Carmen Batz-Colvée, Teresa Becerril-Ruiz, Susana Samaniego-Peña, Elsa García-Rumayor, Iban Onandia-Hinchado, Ana María Gutiérrez-Pérez, Rosa Ayesa-Arriola, Javier Vázquez-Bourgón y Sandra Alonso-Bada 17

Sistemas de priorización de la demanda ambulatoria en Salud mental Infantil y de la Adolescencia

C. Imaz-Roncero, P. Blanco-del Valle, E. Ortega-García, R. González-Pinillos, F. C. Ruiz-Sanz y A. Mayo-Iscar 30

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 43

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2023,40(4)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

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

Secretaría

Paloma Varela Casal

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

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

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

Ernesto Cañabate

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

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

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero Escobar

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

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Víctor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus

REDIB

Dialnet

MIAR

Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

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

Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Matías Real-López 

Presidente de AEPNYA. Universitat Jaume I. Director Gerente del
Consortio Hospitalario Provincial de Castellón, España.

DOI: [10.31766/revpsij.v40n4a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n4a1)

Correo electrónico: presidencia@aeponya.org

Ilusión, retos y compromiso

Desde el pasado mes de junio he asumido la presidencia de nuestra querida asociación, lo que supone para mí un honor, ya que soy socio de AEPNYA desde que acabé la residencia y siempre la había considerado una sociedad científica de referencia. Puedo decir, porque así lo siento, que me he hecho mayor en el seno de AEPNYA y he madurado tanto personal como profesionalmente, en relación con personas y circunstancias vitales vinculadas con nuestra sociedad.

El momento actual, en el que me ha tocado tomar las riendas, se caracteriza por un aumento generalizado del interés hacia todo lo relacionado con la Salud Mental, y eso, debería alegrarnos a todos. Ahora bien, todos esperamos que este aumento del interés vaya acompañado de una mejora de la dotación de recursos tanto asistenciales, como docentes y de investigación.

A nivel social, en los últimos tiempos, este interés se ha acompañado también de una preocupación por aspectos relacionados con la infancia y la adolescencia que hasta ahora habían pasado desapercibidos. Así, asuntos como los abusos sexuales sufridos en la infancia, la facilidad de acceso al material pornográfico, la participación de menores en agresiones sexuales y físicas, noticias relacionadas con el acoso y el ciberacoso, han ocupado titulares y tiempo en los informativos. Todo esto, hace que comiencen a aparecer propuestas y foros de reflexión en los que se cuestionen seriamente aspectos que hasta ahora parecían estar asumidos, como es el hecho de que se plantee de manera abierta la necesidad del acceso a los teléfonos móviles a menores de 16 años, por ejemplo.

La reciente creación de la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia nos sitúa en

un lugar privilegiado para poder abordar todas estas preocupaciones, y considero que nos corresponde a nosotros liderar todas las acciones relacionadas con nuestro campo de conocimiento y de atención. Es cierto que para ello debemos esforzarnos en que se establezca la categoría profesional correspondiente en cada uno de los servicios sanitarios, para que dé lugar a la dotación de servicios asistenciales independientes y autónomos en todas las provincias de nuestro país; pero, que no estén creados todavía esos servicios, no debe impedir que nos posicionemos y aportemos a la sociedad nuestro conocimiento y experiencia.

En este sentido, un reto importante que tenemos por delante es conseguir la acreditación de suficientes unidades docentes multiprofesionales de salud mental capaces de formar residentes de nuestra especialidad, y que una vez acreditadas se doten económicamente para que el número de residentes (y futuros especialistas) vaya en constante aumento y podamos alcanzar las ratios recomendadas.

Soy consciente de que hay compañeros que atienden a niños y adolescentes desde hace algún tiempo que no han conseguido la titulación extraordinaria con el examen elaborado por el ministerio el pasado mes de junio. Sin entrar en las polémicas que acompañaron dicho proceso, quiero transmitir que desde AEPNYA, si así lo desean los socios, lucharemos para que estos profesionales puedan contar con otra oportunidad.

Por último, quiero mencionar a las presidentas que me han precedido ya que han sido mujeres de una gran valía profesional y humana que para mí representan personas referentes a las que admirar. Espero estar a la altura del gran legado que han dejado.

F. Villar-Cabeza ¹ 
M.C. Navarro-Marfisis ² 
A. Jimenez-Lafuente ²
M. Vila-Grifoll ¹ 

1 Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, España.

2 Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Doctor Antoni Pujadas 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, España.

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Francisco Villar-Cabeza
Correo: francisco.villar@sjd.es

La actualidad de la prevención del suicidio en la adolescencia, grandes esfuerzos y peores resultados ¿Por qué?

En 2014 la OMS marcó un punto de partida con la publicación de *Preventing suicide. A global imperative* (1): el inicio de una década dorada con esfuerzos históricos en comprensión, investigación y prevención de la conducta suicida, que se han visto redoblados desde todos los ámbitos:

1. Asociaciones de familiares y de supervivientes — antes inexistentes — se han multiplicado y, de su mano, el trabajo de concienciación, visibilización y formación.
2. Asociaciones profesionales especializadas en suicidio, como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (creada en 2015 encargada del informe anual del Observatorio del Suicidio en España) y la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del suicidio (PAPAGENO). Con una importante repercusión en la concienciación, promoción y formación para la prevención del suicidio.
3. A pesar de las quejas sobre la falta de un plan nacional de prevención del suicidio, las comunidades autónomas, con la sanidad transferida, han asumido este desafío extendiendo una red de planes de prevención del suicidio que prácticamente cubre todo el territorio. Además, ha habido una colaboración sin precedentes entre los sectores de sanidad, educación y servicios sociales que han asumido la prevención como algo propio, con la elaboración de protocolos y guías conjuntas para el ámbito de la salud y la educación. Este reto asumido por las comunidades ha dado lugar a iniciativas enriquecedoras e inspiradoras basadas en la experiencia: 1) el circuito específico de prevención de suicidio en Baleares, 2) el Código de Riesgo de Suicidio de Cataluña y 3) la implementación del programa YAM (2) en Galicia (intervención universal en colegios con mayor validez).
4. Se han establecido teléfonos de prevención del suicidio desde la administración, tanto a nivel nacional (024), como en diferentes comunidades (061 en Cataluña), iniciativas mixtas como el teléfono de prevención del suicidio del ayuntamiento de Barcelona con la Fundación Ayuda y Esperanza (900 925 555), o desde ONG como es el teléfono de la fundación ANAR (900 20 20 10).
5. Los esfuerzos en investigación y formación se han multiplicado a nivel internacional y nacional: no únicamente vinculados a la investigación, sino por la demanda y el interés de los profesionales de primera línea, interesados por una mayor formación. Esta generalización del interés muy probablemente se deba al mérito de los que siempre lo tuvieron como una prioridad, los que —durante tantos años—, tantos esfuerzos han dedicado en “la sombra” (publicaciones en revistas científicas, elaboración de guías clínicas, oferta de másters de formación específica y la realización de sesiones formativas en escuelas).
6. Los medios de comunicación, después de años de evitar abordar la problemática (intentando no provocar lo que pretenden prevenir) han desarrollado guías propias a partir de las pautas

y directrices de la OMS (3), que se han ampliado a recomendaciones para el cine y el teatro (4), convirtiéndose hoy en día en una herramienta más de prevención del suicidio.

No cabe duda de que estamos en el mejor momento histórico en cuanto a los recursos dedicados que, a su vez, contrasta con otra realidad, muy impactante y en parte decepcionante. Contrariamente a lo esperado, todos estos avances no han logrado revertir las cifras de suicidio: ni en el caso extremo —el de las muertes— ni mucho menos en las presentaciones menos graves, como son la conducta suicida sin resultado mortal (ideación, amenazas, gestos y tentativas autolíticas). El aumento de recursos ha coincidido con un aumento récord de la problemática, como se refleja en las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE). En 2020, se aproximaron a la temida cifra de los 4000 suicidios con 3941 casos, cifra que se elevó a 4003 en 2021 y se consolidó en 4097 en 2022 (5). Los menores de 20 años también experimentaron un aumento, pasando de 62 casos en 2020 a 74 en 2021 y 84 en 2022. El aumento más impactante se observó en la conducta suicida en la adolescencia, como se refleja en los datos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, donde las visitas a urgencias por conducta suicida se incrementaron de 400 en 2020 a 1000 en 2021, cifra que se repitió en 2022.

¿Qué está triturando todos los esfuerzos realizados?

La respuesta es clara e inequívoca, las pantallas están impactando negativamente en los 4 objetivos de prevención del suicidio en la adolescencia según la OMS (6), a saber: 1) Reducción de acceso a métodos letales; 2) Comunicación responsable; 3) Incremento de habilidades de afrontamiento de los adolescentes e 4) Identificación precoz. Esta influencia perjudicial se produce a través de cinco vías interrelacionadas:

1. Por el incremento del dolor y el sufrimiento: sometiendo a los adolescentes a nuevas situaciones de violencia, como el *cyberbullying*. Promoviendo la conducta de comparación por la transmisión de ideales inalcanzables, la invalidación emocional, la disminución de la empatía y la mayor aceptación de situaciones de victimización.
2. Por el vaciado de las habilidades de afrontamiento de la vida: por la afectación de las funciones

ejecutivas y las habilidades sociales. Por la desconexión con el otro, por la pérdida de la propia lectoescritura y, por consiguiente, la capacidad de construir narrativas que dan sentido a la existencia. Todas ellas imprescindibles para hacer del mundo un lugar habitable.

3. Por el efecto contagio, y por el proselitismo entorno al suicidio, por los discursos a favor, por ofrecer una identidad como “suicida”.
4. Por el incremento de la capacidad de suicidio: por facilitar el acceso a la información de los métodos más letales, incrementando las fantasías suicidas y el incremento de la sensación de ser más capaz (si otros pueden, uno también).
5. Por el retraso al acceso a una ayuda formal: por la confusión que genera pedir ayuda en los entornos donde se generan e incrementan los problemas.

No, no es lo de siempre, no es el malestar inmanente a la adolescencia. Informes internacionales señalan el incremento progresivo del malestar, de la insatisfacción con la vida y de los sentimientos de desesperanza entre los adolescentes durante esta última década (7) y cada vez más informes alertan de la relación entre este incremento del malestar y el uso de pantallas (8). Datos que corroboramos los profesionales de primera línea, los que acompañamos, atendemos y escuchamos a los niños y adolescentes en sus peores momentos.

Ni la OMS en su informe de 2014, ni ningún profesional implicado en la prevención del suicidio pudo imaginar hace una década que la mejor intervención universal para la prevención del suicidio no sería necesariamente pedir más recursos. Hoy, la mejor intervención universal para la prevención del malestar en la infancia y la adolescencia y, por extensión, del suicidio es la prohibición de los móviles en esta etapa, junto con una estricta regulación del uso del resto de pantallas.

Durante esta década, nuestros menores han vivido con altas dosis de orfandad, en el mundo en el que han habitado no hay padres que los protejan, ni tutores que los orienten ni los guíen, ni amistad ni amor de proximidad. En la infancia y en la adolescencia la desconexión es la única forma de estar verdaderamente conectado.

CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

A todas las familias, por vuestra enseñanza, por vuestra fuerza, por demostrar una y otra vez que se puede, por compartir generosamente vuestro dolor y por el compromiso de transformarlo en prevención futura.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative: WHO; 2014.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
2. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977): 1536-44.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
3. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals; 2023.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/372691>.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen Ginebra; 2019. Ginebra.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2022. Datos provisionales; 2022.
https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf
6. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries; 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report 2011-2021. National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Adolescent and School Health; 2023.
https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/yrbs_data-summary-trends_report2023_508.pdf
8. Sapien Labs. Age of First Smartphone/Tablet and Mental Wellbeing Outcomes; 2023.
<https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Sapien-Labs-Age-of-First-Smartphone-and-Mental-Wellbeing-Outcomes.pdf>

Q.V. Gutiérrez Rayas ¹ 
A. P. González ² * 
M.B. Mercado Villegas ³
G.P Sosa Bustamante ¹
C. Paque Bautista ¹
M. Ruiz Jaramillo ⁴ 

1 Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Centro Médico Nacional del Bajío. Área de Pediatría. León, Guanajuato, México.

2 Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Alta Especialidad No 48. Centro Médico Nacional del Bajío. Área de neonatología. León, Guanajuato, México.

3 Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara. Presidente de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México.

4 Hospital General León, vicepresidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato, México.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Alma Patricia González

Correo: alma.gonzalezx@imss.gob.mx

Impacto del confinamiento por la pandemia por COVID-19 en ansiedad, depresión y estrés en niños y adolescentes de México

Impact of confinement due to the COVID-19 pandemic on anxiety, depression and stress in children and adolescents in Mexico

RESUMEN

Introducción: El COVID-19, ha sido percibido en todo el mundo como una gran amenaza para la salud, afectando la vida de las personas al influir en el comportamiento cotidiano y provocando sentimientos de ansiedad, depresión y a menudo desencadenando temor intenso. **Objetivo:** Conocer el impacto del confinamiento por la pandemia por COVID 19 en ansiedad, depresión y estrés en niños y adolescentes de México. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, en la población pediátrica entre 6 y 15 años y 11 meses, de ambos sexos, que acudieron a la Unidad Médica de Alta Especialidad Número 48, Hospital de Gineco-Pediatría en el periodo comprendido entre mayo de 2020 y mayo del 2021, previo a la vacunación contra COVID-19 y con la aplicación del cuestionario Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS 21), Versión Juvenil (DASS-Y). **Resultados:** Se analizaron 380 niños de 6 a 15 años y 11 meses, con mediana de edad de 13 años, 208 (54,74%) chicas y 172 (45,26%) chicos. Según

ABSTRACT

Background: COVID-19 has been perceived around the world as a major health threat, affecting people's lives by influencing everyday behavior and causing feelings of anxiety, depression and often triggering intense fear. **Objective:** To know the impact of confinement due to the COVID 19 pandemic on anxiety, depression and stress in children and adolescents in Mexico. **Methods:** An observational, analytical, cross-sectional, prospective study was carried out in the pediatric population aged 6 to 15 years 11 months, of both sexes, attending the High Specialty Medical Unit Number 48, Gynecology-pediatrics Hospital in the period from May 2020 to May 2021, prior to vaccination against COVID-19 and with the application of the Anxiety, Depression and Stress Scale (DASS 21), Youth Version (DASS-Y) questionnaire. **Results:** 380 children from 6 to 15 years 11 months were analyzed, with a median age of 13 years, 208 (54,74%) women and 172 (45,26%)

6

el cuestionario DASS-Y, la depresión se presentó en 71 (18,69%), ansiedad en 47 (12,37%) y estrés en 45 (11,87%). Los síntomas respiratorios en los últimos 14 días fueron factor asociado a ansiedad [OR, 2,57 (IC del 95%, 1,38 – 4,78), p 0,002] y a depresión [OR, 1,90 (IC del 95%, 1,12 – 3,23), p 0,01]; el tipo de familia no nuclear resultó ser un factor de riesgo para depresión [OR, 1,69 (IC del 95%, 1,00 – 2,88), p 0,03]. Estrés y ansiedad fueron predictores de depresión (Intercepto -0,70, EE 0,12, $R^2 = 0,37$, $p < 0,0001$). **Conclusiones:** Este estudio muestra el impacto significativo del confinamiento en el estado de salud mental, en niños y adolescentes de México que acudieron a consulta durante la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: Niños; Estrés; Ansiedad; Depresión; COVID 19.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio del brote de COVID-19 que estalló por primera vez en la ciudad de Wuhan, en la provincia china de Hubei, donde varios centros de salud locales informaron sobre varios grupos de pacientes con neumonía de causa desconocida, existió preocupación en la comunidad médica a medida que el virus se extendió por todo el mundo (1).

Los niños infectados pueden parecer asintomáticos o presentar fiebre, tos seca y fatiga, y pocos tienen síntomas de las vías respiratorias superiores, como congestión y rinorrea. Algunos pacientes presentan síntomas gastrointestinales, que incluyen molestias abdominales, náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea (2,3).

Aunque los niños parecen ser menos vulnerables que los adultos a COVID-19, se ha observado que los niños y adolescentes han sido afectados psicológicamente, manifestando problemas de comportamiento (4,5).

El COVID-19 ha sido percibido en todo el mundo como una gran amenaza para la salud y un peligro para la economía global, afectando la vida de las personas al influir en su comportamiento cotidiano y provocando sentimientos de ansiedad, depresión y a menudo desencadenando un temor intenso (6,7).

men. According to the DASS-Y questionnaire, depression present in 71 subjects (18,69%), anxiety in 47 (12,37%) and stress in 45 (11,87%). Respiratory symptoms in the last 14 days were a factor associated with anxiety [OR, 2,57 (95% CI, 1,38 – 4,78), p 0,002] and depression [OR, 1,90 (95% CI), 1,12 – 3,23), p 0,01]. A non-nuclear type of family was a risk factor for depression [OR, 1,69 (95% CI, 1,00 – 2,88), p 0,03]. Stress and anxiety were predictors of depression (Intercept -0,70, SE 0,12, $R^2 = 0,37$, $p < 0,0001$). **Conclusions:** This study showed the significant impact of confinement on the mental health status of children and adolescents who came for consultation during the COVID-19 pandemic.

Keywords: Kids; Stress; Anxiety; Depression; COVID 19.

El temor y la ansiedad con respecto a una enfermedad pueden ser muy agobiantes y generar emociones fuertes, tanto en adultos como en niños, ya que no son indiferentes a un impacto dramático como lo fue la pandemia de COVID-19, llegando a experimentar miedos, incertidumbres, aislamiento físico y social (8,9).

Se ha identificado que ante situaciones similares de brotes de infección, las emociones negativas se intensifican con el cierre de escuelas y negocios (7,10).

La ansiedad y la depresión son trastornos que impactan negativamente en el desarrollo de los jóvenes, además, afectan en diversas áreas de su vida y les predispone a sufrir otros problemas de salud (11).

Se ha observado que la ansiedad impacta en el funcionamiento habitual de los jóvenes, elevando el riesgo de presentar otras patologías (12). Por su parte, la depresión afecta negativamente su desempeño académico y psicosocial, elevando el riesgo de padecer otros problemas de salud física y mental (13,14).

El estrés se puede expresar de muchas formas en los niños y adolescentes, y pueden variar, según su nivel de desarrollo y experiencias previas en la vida. En la etapa escolar, los niños se ven enfrentados a situaciones de alta demanda que requieren del despliegue de todas sus capacidades de afrontamiento, para adaptarse a los estresores tanto internos como externos (15).

Algunos trastornos en el estado mental y emocional se vieron exacerbados durante la pandemia, donde hubo cambios sustanciales en las actividades de todo el mundo. En México se detectó el primer caso de COVID-19, el 27 de febrero de 2020 en la Ciudad de México y el 24 de marzo el gobierno federal decretó el inicio de la Fase 2 de la pandemia, que implicó la suspensión de actividades económicas, restricción de las congregaciones masivas y a la población general, se le recomendó la permanencia en el domicilio, incluyendo a los niños y adolescentes. La Secretaría de Educación Pública (SEP) anunció el día 23 de marzo de 2020 la suspensión de actividades escolares presenciales y las escuelas permanecieron cerradas durante 44 semanas y para el día 01 de abril 2020, se realizó la declaratoria de emergencia sanitaria, entrando en la Fase 3 de la pandemia. La SEP optó por una estrategia educativa centrada en la televisión como medio de transmisión, mediante el programa “Aprende en Casa” con emisión de la información por este medio, o por medio de plataformas educativas por internet, como el caso de la educación privada y de acuerdo al grado escolar de los niños (16).

En el distanciamiento social, obligado por la emergencia sanitaria, los estudios reportan la presencia de cambios en las emociones que representan un riesgo para la salud mental de niños y adolescentes con la posibilidad de presentar ansiedad, depresión y estrés (17,18).

El objetivo del estudio fue conocer el impacto del confinamiento por la pandemia por COVID-19 en ansiedad, depresión y estrés en niños y adolescentes de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, se incluyó a la población pediátrica que acudió a la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No. 48, Hospital de Gineco Pediatría (HGP) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con acceso a teléfono móvil o tableta con conexión a internet en el periodo comprendido de mayo 2020 a mayo 2021. Se incluyeron niños entre 6 y 15 años 11 meses, de ambos sexos, que supieran leer y/o apoyados por un adulto, se excluyeron niños con diagnóstico previamente establecido de trastornos

psiquiátricos de cualquier índole. Los participantes del estudio fueron pacientes hospitalizados y que acudieron a consulta externa para seguimiento de enfermedades como Artritis Reumatoide Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico o enfermedades endocrinológicas como síndrome metabólico y obesidad, entre otras.

Procedimiento

Posterior a la aprobación del protocolo, uno de los investigadores acudió a las áreas de consulta externa de pediatría donde invitó a los padres y/o tutores de los participantes que reunieron los criterios de selección, a los cuales se les explicó en qué consistía el estudio y en caso de aceptar participar, se les solicitó firmar la carta de consentimiento informado, así como, la carta de asentimiento informado en los casos de niños mayores de 8 años y se les pidió contestar el cuestionario.

El cuestionario fue contestado mientras esperaban a ser atendidos en la consulta externa y se les envió mediante Google Forms durante su estancia en el hospital. En los casos donde no fue posible responder por este medio, se les proporcionó impreso en físico para ser contestado por el participante. Tuvo una duración promedio de respuesta de 10-15 minutos.

Cuestionario

Estuvo conformado de cuatro partes: **A) Datos generales** como el nombre, edad, género, grado de escolaridad, tipo de familia (nuclear, si el grupo estaba conformado por los padres y sus hijos o tipo de familia no nuclear), número de integrantes en la familia, **B) Síntomas físicos en los últimos 14 días** (fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, mialgia, tos, dificultad para respirar, mareos, coriza, dolor de garganta y dificultad para respirar). **C) Autopercepción del estado de salud física** (mediante una escala de Likert el 1 reflejaba muy mal estado de salud y 4 un buen estado de salud). **D) Estado de salud mental**, para lo cual se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - Versión Juvenil (DASS-Y), la cual cuenta con 7 elementos o ítems de cada subescala: a) Depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21); un ejemplo de enunciado que se incluyó para valorar depresión fue “no podía

8

dejar de sentirme triste, siento que no soy bueno”. b) Ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20); un ejemplo fue “me siento mareado como si estuviera a punto de desmayarme, tengo problemas para respirar, aunque no haga ejercicio y no me encuentre enfermo”. c) Estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18) se colocó dentro de los ítems “me molesto por pequeñas cosas, reacciono exageradamente a situaciones”.

El resultado total del puntaje de la subescala de depresión se consideró sin depresión (0–9 puntos), depresión leve (10–12 puntos), depresión moderada (13–20 puntos), depresión severa (21–27 puntos) y depresión extremadamente severa (28–42 puntos).

La puntuación de la subescala de ansiedad total, se clasificó como sin ansiedad (0–6), ansiedad leve (7–9 puntos), ansiedad moderada (10–14 puntos), ansiedad severa (15–19 puntos) y ansiedad extremadamente severa (20–42 puntos).

La puntuación de la subescala de estrés total se consideró como sin estrés (0–10 puntos), estrés leve (11–18 puntos), estrés moderado (19–26 puntos), estrés severo (27–34 puntos) y estrés extremadamente severo (35–42 puntos).

Tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de muestra por poblaciones finitas, considerando que se atienden 29.000 consultas al año de pediatría y sus diferentes sub especialidades en la UMAE No. 48, HGP, IMSS; por lo que tomando en cuenta como tamaño de población 29.000, con nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, se requirió un tamaño de muestra de 380 niños.

Análisis estadístico

Se reportaron frecuencias y porcentajes de todas las variables, así como, estadística descriptiva. Se utilizó prueba de chi cuadrada para determinar si existen diferencias entre las variables nominales. Se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar la normalidad de los datos numéricos y se utilizó la prueba T para variables con distribución normal o la prueba U de Mann Whitney para el caso de datos sin distribución normal. Empleamos análisis bivariado con prueba de Odds Ratio (OR) para establecer

los factores asociados al estado de salud mental (ansiedad, depresión y estrés). Se realizó análisis multivariado con regresión logística, con eliminación hacia atrás, para predecir la presencia de ansiedad, depresión y estrés según los factores analizados. Se consideró significancia estadística con valor de $p < 0,05$. Utilizamos los paquetes estadísticos NCSS 2019 y Epidat 3,1 para el análisis de las variables.

Aspectos éticos

Se trató de un estudio de investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17. Se consideraron los principios bioéticos de acuerdo a la declaración de Helsinki con su modificación en Hong Kong basados primordialmente en beneficencia y autonomía. Fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética para la Investigación y Comité Local de Investigación en Salud con el número de registro R-2020-1002-033.

RESULTADOS

Se analizaron 380 pacientes pediátricos entre las edades de 6 a 15 años con mediana de edad de 13 años, 208 (54,74%) mujeres y 172 (45,26%) hombres, el resto de los datos demográficos se muestran en la [Tabla 1](#).

Se exploró la autopercepción del estado de salud de los niños y los resultados se muestran en el [gráfico 1](#), donde 3 (0,79%) se autodenominaron con muy mal estado de salud, los cuales presentaban enfermedades crónicas tales como Lupus Eritematoso Sistémico ($n=2$) y Artritis Reumatoide Juvenil ($n=1$).

En cuanto a la frecuencia de los tres estados evaluados en el estudio (estrés, ansiedad y depresión), se encontró con mayor frecuencia la presencia de depresión en 71 (18,69%) participantes, seguida de ansiedad con 47 (12,37%) y estrés con 45 (11,87%), los grados de intensidad de cada uno de estos trastornos se muestran en la [Tabla 2](#).

Dentro de los factores asociados a ansiedad, la presencia de síntomas respiratorios que presentaron en los últimos 14 días en los participantes mostró una OR, 2,57 (IC del 95%, 1,38 – 4,78), $p 0,002$, sin encontrar asociación con el resto de factores considerados ([Tabla 3](#)).

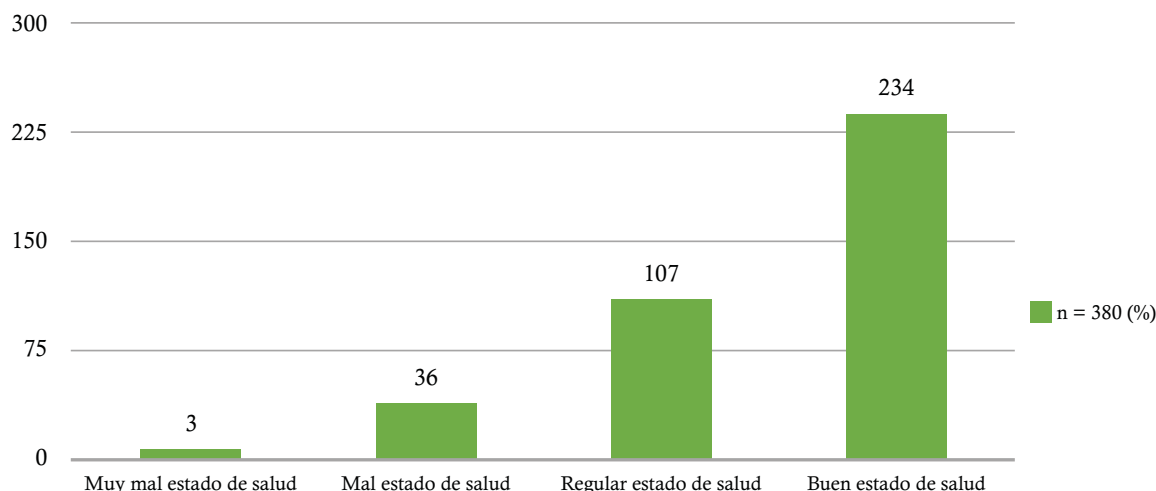


Gráfico 1. Autopercepción de estado de salud de los niños del estudio.

Tabla 1. Características generales de la población del estudio.

VARIABLES	n = 380
Edad *	13 (11 - 14)
Sexo **	
Femenino	208 (54,74)
Masculino	172 (45,26)
Escolaridad**	
Primaria menor	39 (10,26)
Primaria mayor	118 (31,05)
Secundaria primer grado	37 (9,74)
Secundaria segundo grado	109 (28,68)
Secundaria tercer grado	74 (19,47)
Preparatoria	3 (0,79)
Tipo de familia**	
Nuclear	258 (67,89)
Extensa	49 (19,21)
Monoparental	73 (12,89)
Número de personas con quien habita en casa*	5 (4 - 6)
Síntomas respiratorios en los últimos 14 días **	120 (31,58)
Motivos de consulta**	
Artritis Reumatoide Juvenil	72(18,94)
Lupus eritematoso sistémico juvenil	64(16,84)
Síndrome metabólico	38(10,0)
Asma	30(7,89)
Diabetes Mellitus tipo 1	26(6,84)
Rinitis alérgica	19(5,0)
Pubertad precoz	15(3,94)
Talla baja	7(1,84)
Otros	109(28,68)

Datos expresados con *mediana y rangos intercuartílicos ** o con número y porcentaje (%)**
Primaria menor abarca la edad de 6-8 años, primaria mayor de 9 a 12 años.

Tabla 2. Ansiedad, depresión y estrés en los niños del estudio.

VARIABLES	n = 380
Ansiedad	
Ansiedad leve	36 (9,47)
Ansiedad moderada	8 (2,11)
Ansiedad severa	2 (0,53)
Ansiedad extremadamente severa	1 (0,26)
Sin ansiedad	333 (87,63)
Depresión	
Depresión leve	40 (10,53)
Depresión moderada	27 (7,11)
Depresión severa	4 (1,05)
Depresión extremadamente severa	0 (0)
Sin depresión	309 (81,32)
Estrés	
Estrés leve	43 (11,35)
Estrés moderado	1 (0,26)
Estrés severo	0 (0)
Estrés extremadamente severa	1 (0,26)
Sin Estrés	335 (88,39)

Datos expresados en número y porcentaje (%).

En la [Tabla 4](#) se reflejan los factores de riesgo para estrés en la población de niños estudiada. Se encontró como factor de riesgo, el género femenino con una OR de 2,22 (IC 1,12 – 4,38), p 0,01. El resto de variables consideradas se muestran en la [tabla 4](#) sin asociación significativa con la presencia de estrés.

El tipo de familia no nuclear, la presencia de síntomas respiratorios en los últimos 14 días de los participantes del estudio, así como, el sexo femenino

10

resultaron ser las variables consideradas como factores de riesgo para depresión [OR, 1,69 (1,00 – 2,88)], p 0,03 [OR, 1,90 (IC del 95%, 1,12 – 3,23)], p 0,01, [OR, 2,55 (IC del 95%, 0,91 – 2,65)] respectivamente (Tabla 5).

Al realizar la regresión logística con la combinación de trastornos del estado de salud mental, se

observó que el sexo femenino y la presencia de síntomas respiratorios en los últimos 14 días resultaron ser factores predictores significativos para presentar dos o tres trastornos, como se observa en la Tabla 6 y para la predicción de depresión en los niños con estrés y ansiedad, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 3. Factores asociados a ansiedad en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19

Variables	Ansiedad n = 47	Sin ansiedad n = 333	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad				
6 – 10 Años	10	81	0,84 (0,40 – 1,76)	0,64
11 – 16 Años	37	252		
Sexo				
Femenino	27	181	1,13 (0,61 – 2,10)	0,69
Masculino	20	152		
Escolaridad				
Primaria	24	133	1,56 (0,85 – 2,89)	0,14
Secundaria	23	200		
Tipo de familia				
No nuclear	14	108	0,88 (0,45 – 1,72)	0,42
Nuclear	33	225		
Síntomas respiratorios en los últimos 14 días				
Si	24	96	2,57 (1,38 – 4,78)	0,002
No	23	327		

Datos expresados con número y analizados con prueba Ji-cuadrada Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Tabla 4. Factores de riesgo asociados a estrés en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19

Variables	Estrés n = 45	Sin estrés n = 333	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad				
6 – 10 Años	8	83	0,65 (0,29 – 1,46)	0,30
11 – 16 años	37	252		
Sexo				
Femenino	32	176	2,22 (1,12 – 4,38)	0,01
Masculino	13	159		
Escolaridad				
Primaria	20	137	1,15 (0,61 – 2,16)	0,64
Secundaria	25	198		
Tipo de familia				
No nuclear	18	104	1,48 (0,78 – 2,80)	0,22
Nuclear	27	231		
Síntomas respiratorios en los últimos 14 días				
Si	19	101	1,69 (0,89 – 3,19)	0,10
No	26	234		

Datos expresados con número y analizados con prueba Ji-cuadrada. Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Tabla 5. Factores asociados a depresión en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19.

Variables	Depresión n = 72	Sin depresión n = 308	OR (IC 95%)	Valor de p
Edad				
6 – 10 Años	16	75	0,90 (0,48 – 1,67)	0,74
11 – 16 Años	56	233		
Sexo				
Femenino	45	163	2,55 (0,91 – 2,65)	0,09
Masculino	26	146		
Escolaridad				
Primaria	31	127	1,11 (0,65 – 1,86)	0,69
Secundaria	40	182		
Tipo de familia				
No nuclear	30	93	1,69 (1,00 – 2,88)	0,03
Nuclear	41	216		
Síntomas respiratorios en los últimos 14 días				
Si	31	89	1,90 (1,12 – 3,23)	0,01
No	40	220		

Datos expresados con número y analizados con prueba Ji-cuadrada Intervalo de confianza al 95% (IC 95%).

Tabla 6. Modelo de regresión para predicción de la combinación de dos o tres trastornos de ansiedad, depresión y estrés, según la Escala DASS-Y.

Variable	Coefficiente	OR (IC 95%)	Valor p
Sexo femenino	0,64	1,90 (1,01 – 3,61)	0,047
Síntomas respiratorios en los últimos 14 días	0,90	2,47 (1,34 – 4,54)	0,003

Intercepto -0,74, EE 0,26, R² = 0,05, p 0,004

Tabla 7. Modelo de regresión logística para predicción de depresión.

Variable	Coefficiente	OR (IC 95%)	Valor p
Estrés	2,37	10,77 (5,18 – 22,41)	<0,0001
Ansiedad	1,46	4,31 (2,06 – 8,98)	<0,0001

Intercepto -0,70, EE 0,12, R² = 0,37, p <0,0001

DISCUSIÓN

Durante la pandemia por COVID-19, se evaluó el impacto del confinamiento en el estado de salud mental en niños y adolescentes, mediante la Escala DASS-Y, y los resultados mostraron que niños y

adolescentes presentaron síntomas sugestivos de estrés (11,8%), ansiedad (12,3%) y depresión (18,6%), similar a lo reportado por Zhou et al., en Beijin, China, a principios de año 2020, cuando se iniciaba la pandemia (22), y, a diferencia de lo reportado en una revisión sistemática realizada por Brooks et al., en el Reino Unido, donde mostraron mayor proporción de síntomas de depresión (43,7%), ansiedad (18,9%) y estrés (28-34%) (23)

El confinamiento prolongado por la pandemia COVID-19, afectó el bienestar social y emocional de la niñez y adolescencia. El 4 de marzo de 2021, el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) declaró que por lo menos 1 de cada 7 niños, es decir, 332 millones en todo el mundo, vivió bajo políticas de confinamiento obligatorias o recomendadas a nivel nacional durante la pandemia por COVID-19 (24).

En cuanto a la intensidad de los síntomas asociados a ansiedad, depresión y estrés, en su mayoría fueron identificados como leves, lo cual se asemeja a los resultados del estudio realizado por Ozamiz-Etxebarria et al., en España en 2020 y al igual que en este estudio, los niveles severos y

12

extremadamente severos de estos trastornos fueron menores a lo reportado por los estudios previos realizados en China (25).

En esta investigación, encontramos niños y adolescentes con síntomas clasificados como depresión severa, pero ellos, además tenían diagnóstico de enfermedades reumatológicas tal como Artritis Reumatoide Juvenil y Lupus Eritematoso sistémico. Si bien, la pandemia pudo influir en el grado de depresión, el estado de salud que los niños se autopercebían, pudo haber incrementado la sintomatología de este trastorno al percibirse con población de alto riesgo de complicaciones, como lo reporta un estudio publicado por Novins et al., donde destacó que los niños con enfermedades crónicas, eran los grupos de mayor riesgo para enfermedad grave por COVID-19 (26).

Al hablar del grupo de edad, en este estudio se observó que los adolescentes de 11 a 16 años de edad fueron los más afectados, a diferencia del estudio de Gatell-Carbo et al., quienes mostraron una mayor afectación en los niños entre 5 y 8 años (27). Otro estudio por Magson et al., mostró resultados similares a nuestro trabajo, señalando también a los adolescentes como los más afectados durante el confinamiento (28). El estrés, la ansiedad y la depresión pueden llegar a modificar la arquitectura cerebral del niño y del adolescente por las reconfiguraciones sociales, dado el marcado aumento de la sensibilidad social, que los caracteriza. Además, se agregó la desconexión social, las preocupaciones relacionadas con COVID-19 y el estado de salud previo a la pandemia (12).

En este estudio, el sexo femenino fue un factor de riesgo significativo para estrés, al igual que en otro estudio publicado por Guessoum et al., las niñas presentaron más síntomas de estrés, ansiedad y depresión (29).

En México, como en otros países de Latinoamérica, las responsabilidades de las niñas y adolescentes son diferentes en relación al sexo masculino, ya que ellas adquieren un incremento en el cumplimiento de actividades domésticas, y durante la pandemia, con el confinamiento, debían cumplir tanto con las tareas escolares como con las tareas domésticas, y esto podía llevarlas a mayor estrés, ansiedad y

depresión, incluso, llegar a deserción escolar, como se describe en el documento de plan internacional “Vidas detenidas: El impacto de COVID 19 en niñas y mujeres jóvenes” (30).

Los niños y adolescentes del estudio mostraron más riesgo de ansiedad y depresión, cuando habían presentado síntomas respiratorios 14 días previos al momento de la aplicación de Escala de Ansiedad, Depresión y estrés - Versión Juvenil (DASS-Y).

No se encontraron estudios en población pediátrica, similares en este sentido; sin embargo, existen investigaciones como la de Santomauro et al., en población adulta, donde las tasas más altas de depresión se presentaron en los pacientes con síntomas sugerentes de infección por COVID-19 (31). Por lo tanto, consideramos que las alteraciones de los estados emocionales, pueden ser más intensos en aquellos niños que han experimentado síntomas asociados con la enfermedad COVID-19. Aunado a que en México, la estrategia de vacunación se inició a partir de Diciembre de 2020 y se planteó en cuatro etapas, de acuerdo con el grupo de edad, siendo los niños, los últimos en ser vacunados, de tal forma que, en el momento de realizar este estudio, los niños encuestados aún no habían recibido la vacuna (32), y ante la presencia de algún síntoma respiratorio, los niños podrían haber experimentado angustia con incremento en la ansiedad y de manera secundaria, depresión ante la posibilidad de contraer la enfermedad.

Los efectos de cualquier enfermedad, dependen de múltiples parámetros, entre ellos lo relacionado al tipo de familia, y durante la pandemia, las familias de un solo padre estuvieron expuestas a sufrir los efectos de desempleo, del cuidado de los hijos pequeños y los efectos del confinamiento, la frustración y el contacto constante de todos los miembros en el hogar, acrecentando la intensidad de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés sobre todo de los niños y adolescentes (33).

En este estudio, pertenecer a una familia no nuclear resultó ser un factor de riesgo para la presencia de depresión. Se ha descrito que, en las familias monoparentales, donde la madre o el padre integrante de la familia debe equilibrar los diferentes

roles, puede afectar de manera negativa a la salud psicológica y puede exponer a los niños a un desajuste emocional, especialmente en situaciones como lo fue la pandemia, donde existía el riesgo de perder al único padre con el que contaban (34).

Muchas veces, pueden presentarse la combinación de síntomas sugestivos de ansiedad, depresión y estrés de forma transversal, si ocurren varios trastornos en un periodo corto de tiempo, o bien longitudinal, cuando estos trastornos se van desarrollando en un periodo de tiempo más prolongado como fue sucediendo en la pandemia. Los síntomas de ansiedad suelen presentarse previo o al mismo tiempo que la depresión, hasta en un 33% (35). En este estudio se encontró que niños y adolescentes presentaron la combinación de síntomas sugestivos de ansiedad y depresión en 3,15%, estrés y ansiedad en 0,78%, estrés y depresión 3,42% y con los tres en 3,42%.

Y el modelo de regresión logística para la predicción de dos o tres trastornos, mostró que el sexo femenino y la presencia de síntomas respiratorios 14 días previos al estudio, llegaron a ser factores predictores significativos para que los niños y adolescentes tuvieran alguna de las combinaciones de los trastornos.

Finalmente, al analizar los niños que presentaban estrés o ansiedad como predictores de depresión, ambos resultaron ser factores predictores significativos.

Pero, no todos los niños y adolescentes desarrollaron estados adversos de salud mental como lo pudimos constatar en esta investigación; un estudio, reportó que el confinamiento en el hogar se asoció de manera única con una disminución de los síntomas de ansiedad social, lo que indica que, para algunos jóvenes, la pandemia les proporcionó un respiro a las presiones sociales (36). Por lo que es necesario realizar más estudios para determinar cómo afectó el confinamiento en el desarrollo social, en la ansiedad, la depresión y el estrés, después de la pandemia, y diseñar intervenciones específicas, para detectar y atender a esta población vulnerable.

La principal limitación del estudio fue que se realizó en pacientes que acudieron a la consulta externa de la UMAE No. 48 HGP IMSS, donde es

posible que las propias patologías de los participantes generaran repercusiones psicológicas mayores que la población general. Otra limitación fue que los datos no se extrajeron a partir de entrevistas clínicas por expertos en el área de salud mental sino por un cuestionario informatizado.

Las fortalezas del estudio fue la temporalidad en que se realizó, en pleno confinamiento y previo a la aplicación de la vacunación. Además de que se consideraron variables demográficas asociadas a la sintomatología de estrés, ansiedad y depresión; lo que nos da una visión sobre el estado de salud mental durante situaciones críticas como lo fue el confinamiento por la pandemia, aunado a la incertidumbre de poder tener acceso a la vacuna.

CONCLUSIONES

El presente estudio muestra el impacto en el estado de salud mental en niños y adolescentes ante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 con repercusión principalmente en síntomas sugestivos de depresión, seguida de ansiedad y estrés de grado leve. Los principales factores de riesgo para ansiedad y depresión fueron la presencia de síntomas respiratorios 14 días previos a la realización del estudio y para depresión, pertenecer a una familia no nuclear. La presencia de estrés o ansiedad fueron predictores significativos de depresión.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento muy especial a todos los niños y sus padres que participaron en esta investigación.

CONTRIBUCIONES

Quetzalli Victoria Gutiérrez Rayas y Alma Patricia González participaron en la recolección de datos, el análisis de información y la revisión del primer manuscrito; y la revisión y corrección del escrito final. María Berenice Mercado Villegas, Gloria Patricia Sosa Bustamante, Carlos Paque Bautista y Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo participaron en el análisis y revisión del escrito final.

REFERENCIAS

14

- Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello - Mantovani M, Somekh E. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020;221:264-266. e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>.
- Lu X, Xiang Y, Du H, Wing-Kin Wong G. SARS-CoV-2 infection in children - Understanding the immune responses and controlling the pandemic. *Pediatr Allergy Immunol*. 2020;31(5):449-453. <https://doi.org/10.1111/pai.13267>.
- Recomendaciones sobre salud mental para la población de niños, niñas y adolescentes por la pandemia COVID-19 [Internet]. <http://aapi.org.ar/cuento-coronavirus-para-los-mas-pequenos>
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5): 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang, Y, Jin Y, et al, Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>
- Rodríguez-Hidalgo AJ, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, Stress, and Anxiety in University Undergraduate Students: A Predictive Model for Depression. *Front Psychol*. 2020;11: 591797. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591797>
- Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, Hann K, Eaton J, Martin S, Nellums LB. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ*. 2016;94(3): 210-4. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>
- Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, Wu P, Mandell DJ, Goodwin RD, Cohen M, Balaban V, Woodruff BA, Bin F, Musa GJ, Mei L, Cantor PA, Aber JL, Cohen P, Susser E. Psychopathology among New York city public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(5): 545-52. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.545>
- Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004;130(4): 601-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Rubin GJ, Potts HW, Michie S. The impact of communications about swine flu (influenza A H1N1v) on public responses to the outbreak: results from 36 national telephone surveys in the UK. *Health Technol Assess*. 2010;14(34): 183-266. <https://doi.org/10.3310/hta14340-03>
- Lynch FL, Clarke GN. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *Am J Prev Med*. 2006;31(6 Suppl 1):S143-51. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.001>
- Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *J Youth Adolesc*. 2021;50(1): 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Loredo Martínez N, Mejía Jiménez D, Jiménez Bautista N, , Matus Miranda R. Nivel de estrés en niños(as) de primer año de primaria y correlación con alteraciones en su conducta. *Enfermería Universitaria*. 2009;6(4): 7-14.
- Imran N, Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci*. 2020;36(5): 1106-16. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>
- Maturana HA, Vargas SA. School stress. *Revista Medica Clinica Las Condes*. 2015;26(1): 34-41. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.003>
- Suárez V, Suarez Quezada M, Oros Ruiz S, Ronquillo De Jesús E. Epidemiología de COVID-19 en México: del 27 de febrero al 30 de abril de 2020. *Rev Clin Esp*. 2020;220(8): 463-71. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>
- Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and

- Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22): 8479.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
18. Prout TA, Zilcha-Mano S, Aafjes-van Doorn K, Békés V, Christman-Cohen I, Whistler K, Kui T, Di Giuseppe M. Identifying Predictors of Psychological Distress During COVID-19: A Machine Learning Approach. *Front Psychol*. 2020;11: 586202.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586202>
19. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*. 1995;33(3): 335-43.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
20. Román F, Santibáñez P, Vinet EV. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*. 2016;6(1): 2325-36.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358945983008>
21. Szabo M, Lovibond PF. Development and Psychometric Properties of the DASS-Youth (DASS-Y): An Extension of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) to Adolescents and Children. *Front Psychol*. 2022;13: 766890.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.766890>
22. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, Liu M, Chen X, Chen JX. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6): 749-58.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
23. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., 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): 912-20.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
24. Estado Mundial de la Infancia 2021 | UNICEF [Internet]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
25. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4): e00054020.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
26. Novins DK, Althoff RR, Billingsley MK, Cortese S, Drury SS, Frazier JA, Henderson SW, McCauley E, White TJH. JAACAP's Role in Advancing the Science of Pediatric Mental Health and Promoting the Care of Youth and Families During the COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(6): 686-8.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.001>
27. Gatell-Carbó A, Alcover-Bloch E, Balaguer-Martínez JV, Pérez-Porcuna T, Esteller-Carceller M, Álvarez-García P, Fortea-Gimeno E; Red de investigación en Atención Primaria de Pediatría de la Secció d' Atenció Primària de la Societat Catalana de Pediatría (XaRePAP). Estado de la salud mental infantojuvenil durante la primera ola de la pandemia de la COVID-19 y en el inicio del curso escolar 2020-2021. *An Pediatr*. 2021;95(5): 354-63.
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2021.08.004>
28. Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *J Youth Adolesc*. 2021;50(1): 44-57.
<https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
29. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291: 113264.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>
30. Goulds Sharon FIWE. El impacto de la COVID-19 en niñas y mujeres jóvenes [Internet]. [cited 2023 Jul 1]. Available from: http://prensa.plan-international.es/ficheros/2020/9vuelta_al_cole_2020__informe_adolescentes_emergencia/informe_internacional_“vidas_interrumpidas_impacto_covid19_ninas_y_jovenes”/vidas%20detenidas%20covid19%20y%20adolescentes%20-%20español.pdf

31. Bajraktarov S., Kunovski I., Raleva M., Bolinski F., Isjanovska R., Kalpak G., Novotni A., Hadzihamza K., Stefanovski B. Depression and Anxiety in Adolescents and their Caregivers: A Cross-Sectional Study from North Macedonia. PRILOZI. 2023;44(1): 47-56.
<https://doi.org/10.2478/prilozi-2023-0006>
32. Secretaría de Salud. [Internet]. 040. Estrategia de vacunación contra COVID se aplica en función de la prioridad máxima: [14 de julio 2023] Recuperado a partir de:
<https://www.gob.mx/salud/prensa/040-estrategia-de-vacunacion-contracovid-se-aplica-en-funcion-de-la-prioridad-maxima-secretaria-de-salud?idiom=es>
33. Huerta J. La familia ante la pandemia por la COVID-19. Revista Mexicana de Medicina Familiar. 2020;7(3).
<https://doi.org/10.24875/RMF.20000130>
34. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. Front Psychol. 2020;11:1713.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
35. Sánchez P, Cohen D. Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Adolescere. 2020;VII(1): 16-27.
36. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. Psychol Med. 2022;52(14): 3222-30.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005358>

María Juncal-Ruiz^{1 *} 
María Ruiz-Torres²
Nuria Diego-Falagán²
Carmen Batz-Colvée²
Teresa Becerril-Ruiz²
Susana Samaniego-Peña²
Elsa García-Rumayor²
Iban Onandia-Hinchado³ 
Ana María Gutiérrez-Pérez⁴
Rosa Ayesa-Arriola⁵
Javier Vázquez-Bourgón⁶ 
Sandra Alonso-Bada²

Estudio observacional comparativo de un año de duración del impacto de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de síntomas de ansiedad y de depresión entre 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental y 93 voluntarios sanos

1 Department of Child and Adolescent Psychiatry. Sierrallana Hospital, School of Medicine, University of Cantabria, Torrelavega, Spain.

2 Department of Child and Adolescent Psychiatry. Sierrallana Hospital, Torrelavega, Spain.

3 Department of Psychology, University of Pais Vasco. Psicología Amorebieta. Vizcaya, Spain.

4 Department of Psychiatry. Sierrallana Hospital, School of Medicine, University of Cantabria, Torrelavega, Spain.

5 Department of Psychiatry. Marqués de Valdecilla University Hospital, IDIVAL, CIBERSAM, Santander, Spain.

6 Department of Psychiatry. Marqués de Valdecilla University Hospital, IDIVAL, CIBERSAM, Santander, Spain.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María Juncal Ruiz
Correo: maria.juncal@scsalud.es

One-year comparative observational study of the impact of the COVID-19 pandemic on the development of anxiety and depression symptoms among 100 children and adolescents in treatment in a Mental Health Unit and 93 healthy volunteers

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha generado una preocupación creciente por su posible impacto en la salud mental de niños y adolescentes. En este estudio hemos comparado la presencia de síntomas de ansiedad y de depresión en una muestra de 100 niños y adolescentes en tratamiento en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y 93 voluntarios sanos durante el primer año desde el inicio de la pandemia COVID-19. Asimismo, hemos analizado si la edad o el sexo podrían actuar como factores de riesgo para el desarrollo de estos síntomas en ambos grupos. Los resultados obtenidos sugieren que las mujeres adolescentes con antecedentes de problemas relacionados con la salud mental son las personas más vulnerables para desarrollar síntomas de

ABSTRACT

Since the onset of the COVID-19 pandemic, there has been widespread concern about its potential impact on the mental health of children and adolescents. In this study we have analyzed the presence of anxiety and depression symptoms in a sample of 100 children and adolescents in treatment in a Child and Adolescent Mental Health Unit and 93 healthy volunteers during the first year since the beginning of the COVID-19 pandemic. We were also interested in determining whether age or sex could act as risk factors for the development of these symptoms in both groups. Our results suggest that adolescent female with a history of mental disorders as the subjects most vulnerable to developing

ansiedad y depresión durante una crisis sanitaria, como la pandemia por COVID-19, y, por lo tanto, tenerlas en cuenta en los programas de detección, prevención e intervención precoz que se lleven a cabo.

Palabras clave: salud mental, COVID19, efectos a largo plazo, ansiedad, depresión, niños y adolescentes.

anxious-depressive symptoms in a health crisis, such as the COVID-19 pandemic, and therefore, they should be taken into account in detection, prevention and early intervention programs.

Keywords: mental health, COVID19, long terms effects, anxiety, depression, child and adolescents.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años nos estamos enfrentando al impacto que tienen para la salud mental situaciones de emergencia de salud pública, como la pandemia por el coronavirus COVID-19. Además del impacto directo que ha tenido para la salud la pandemia por COVID-19 (desde que se detectó en Wuhan, China, en diciembre de 2019 han fallecido más de 7 millones de personas en todo el mundo) (1), la situación de emergencia sanitaria asociada a la pandemia ha expuesto a toda la población a enfrentarse a condiciones inusuales y poco naturales, como confinamientos prolongados en los que se produce una separación de familiares y amigos, la imposibilidad de poder cuidar o despedirse de seres queridos, la pérdida brusca de familiares, o cambios en el núcleo de convivencia. La exposición a estos factores se ha relacionado con mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con la salud mental (2).

Los niños y adolescentes se encuentran en un periodo crítico del desarrollo cognitivo, social y emocional y, por lo tanto, están entre las personas más vulnerables a sufrir los efectos que la pandemia de COVID-19 puede tener en la salud mental. Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, varios estudios han analizado su impacto en la salud mental de niños y adolescentes (2-6). Varios estudios han descrito mayor afectación en la salud mental de las niñas y mujeres adolescentes respecto al género masculino, especialmente en sintomatología ansioso-depresiva (2, 7-10). Sin embargo, otros estudios no han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo en la aparición de síntomas ansioso-depresivos asociados a la pandemia por COVID-19 (5-7).

En cuanto a la edad, algunos estudios han observado que los síntomas de ansiedad y depresión

son más graves en los adolescentes (de 10 a 19 años) que en los niños (de 5 a 9 años) (6, 8), mientras que otros describieron síntomas más graves en el grupo de sujetos más jóvenes (5, 9, 10), y otros no observaron una influencia estadísticamente significativa de la edad en la gravedad de los síntomas de ansiedad o depresión (7, 11).

Varias revisiones sistemáticas muy recientes que han analizado el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes señalan que existen conclusiones contradictorias en los estudios que se han analizado (12,13), probablemente en relación con la heterogeneidad de las muestras y la enorme variabilidad metodológica en el diseño de los estudios.

Finalmente, existen pocos estudios que hayan evaluado de forma longitudinal la presencia de síntomas ansioso-depresivos en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19 (14,15). Además, es importante considerar que estos estudios se han centrado en evaluar el impacto longitudinal que la pandemia por COVID-19 está teniendo en la salud mental de niños y adolescentes que estaban en tratamiento en una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) o en una unidad de hospitalización, pero no hemos encontrado estudios longitudinales comparativos entre población clínica y voluntarios sanos.

Por lo tanto, tras realizar una revisión detallada de los estudios descritos con anterioridad en relación al impacto que la pandemia por COVID-19 está teniendo en la salud mental de niños y adolescentes, hemos encontrado las siguientes limitaciones metodológicas: 1. En algunos de los estudios los datos sobre los síntomas se recogieron únicamente a través de encuestas por Internet. Este método de evaluación no se basa en cuestionarios o autocuestionarios

clínicos debidamente validados, ni en exámenes clínicos realizados por psiquiatras o psicólogos con experiencia en población infantil y adolescente, por lo que puede dar lugar a importantes sesgos que impidan una extrapolación fiable de los resultados; 2. Las muestras son muy heterogéneas, bien porque el rango de edad de los sujetos incluidos era bastante amplio, o bien porque se analizaban de forma conjunta sujetos con antecedentes de problemas relacionados con la salud mental junto a voluntarios sanos, lo que dificulta la obtención de conclusiones fiables y extrapolables; 3. En algunos de los estudios los datos sobre síntomas relacionados con la salud mental se obtuvieron directamente de los padres, profesores o profesionales de la salud mental y no de los propios niños o adolescentes, lo que puede sesgar los resultados; 4. Existen muy pocos estudios que hayan evaluado en varios periodos distintos el impacto longitudinal que la pandemia por COVID-19 está teniendo en la salud mental de niños y adolescentes y 5. No existen estudios longitudinales comparativos entre población clínica y voluntarios sanos, ni estudios que hayan considerado el posible impacto de la vuelta a las clases tras el confinamiento.

Teniendo en cuenta los estudios anteriores y algunas de sus limitaciones metodológicas, en el presente trabajo hemos diseñado un estudio de un año de duración en el que hemos evaluado síntomas de ansiedad y depresión en 193 niños y adolescentes de entre 7 a 15 años de edad, separados en dos grupos: 100 sujetos estaban en tratamiento en una unidad de salud mental infanto-juvenil y 93 eran individuos sanos. Los principales objetivos de este estudio fueron analizar las diferencias entre el grupo de voluntarios sanos y el grupo de pacientes en cuanto al riesgo de desarrollar síntomas ansioso-depresivos durante el primer año tras el inicio de la pandemia por COVID-19, y analizar si el sexo y la edad pueden actuar como factores de riesgo para desarrollar síntomas ansioso-depresivos en ambos grupos, con el objetivo final de poder definir una subpoblación de mayor riesgo que pueda beneficiarse de programas de detección e intervención precoz en situaciones de emergencia sanitaria. Como objetivo secundario, vamos a evaluar el impacto que puede tener la vuelta a las clases tras el periodo de confinamiento en ambos grupos.

Teniendo en cuenta la información previa, nuestra hipótesis es que vamos a encontrar mayor gravedad de síntomas ansioso-depresivos en la población clínica respecto a los voluntarios sanos. Respecto a la influencia del sexo y la edad en el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos, considerando la epidemiología de los trastornos afectivos y de ansiedad, esperamos encontrar una mayor gravedad de síntomas ansioso-depresivos en las mujeres adolescentes. Finalmente, teniendo en cuenta la mayor vulnerabilidad de la población clínica a factores de estrés externos, esperamos encontrar un empeoramiento de la sintomatología principalmente ansiosa en el grupo de pacientes en relación con la vuelta a las clases tras el periodo de confinamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos para el presente estudio se han obtenido de una cohorte de pacientes que estaban en tratamiento en la USMIJ del Hospital Sierrallana (Cantabria, España) y de voluntarios sanos emparejados por edad y sexo. El estudio fue aprobado por el comité de ética institucional local (nº 2020.206), y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y sus familias antes de su inclusión.

En mayo de 2020, durante el confinamiento por la pandemia por COVID-19 en España, se incluyeron en el estudio 100 pacientes que estaban en tratamiento en la USMIJ del Hospital Sierrallana. Asimismo, de los Centros de Atención Primaria de la misma área de salud que la población clínica, se seleccionaron mediante un proceso de aleatorización simple 100 voluntarios sanos emparejados por edad y sexo con los pacientes, de los cuales 93 fueron finalmente incluidos en el estudio. Los sujetos se separaron en dos grupos de edad según la definición de niñez y adolescencia de la OMS: niños (entre 7 y 9 años) y adolescentes (entre 10 y 15 años).

Para ambos grupos, el único criterio de inclusión en el estudio era tener entre 7 y 15 años, ya que ese es el rango de edad para el que están diseñados los autocuestionarios clínicos que van a evaluar los síntomas de depresión y ansiedad. Respecto a los criterios de exclusión, se excluyeron a los sujetos que cumplían criterios DSM-5 de discapacidad

intelectual, ya que este diagnóstico podía dificultar la comprensión y respuesta adecuada de los autocuestionarios, y a los voluntarios sanos que tuviesen algún antecedente de enfermedad mental, aunque no presentaran ningún síntoma relacionado con la salud mental en el momento de la inclusión en el estudio.

Respecto al diseño del estudio, se trata de un estudio observacional longitudinal en el que se han cuantificado los síntomas de ansiedad y depresión al inicio del confinamiento por COVID-19 (mayo 2020) y durante los 3, 6 y 12 meses siguientes mediante el uso de los siguientes autocuestionarios clínicos:

The Children's Depression Inventory – Inventario de Depresión Infantil (CDI)

El CDI es uno de los instrumentos autoaplicados más utilizados y aceptados para cuantificar los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales asociados a un episodio o trastorno depresivo en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años (16). Consta de 27 ítems puntuados en una escala Likert de tres puntos (0 = normalidad; 1 = cierta intensidad; 2 = presencia inequívoca de un síntoma depresivo). Los individuos pueden puntuar de 0 a 54, y las puntuaciones más altas se correlacionan con una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. Las puntuaciones superiores a 20 sugieren un alto riesgo de depresión.

The State-Trait Anxiety Inventory for Children – Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños (STAI-C)

El STAI-C es un instrumento autoaplicado utilizado en niños y adolescentes de entre 9 y 15 años que mide dos tipos de ansiedad: la ansiedad de estado, o ansiedad ante un acontecimiento, y la ansiedad rasgo, o nivel de ansiedad como característica personal. Consta de 40 preguntas puntuadas en una escala Likert de tres puntos (1 = nada cierto; 2 = algo cierto; 3 = muy cierto), puntuadas que responde la persona evaluada (17). Cada tipo de ansiedad tiene su propia escala con 20 preguntas diferentes que se puntúan de 1 a 3 puntos. Por lo tanto, las puntuaciones totales oscilan entre 20 y 60 y entre el percentil 1 y el 99, siendo las puntuaciones más altas

las que se correlacionan con una mayor gravedad de la sintomatología ansiosa. Las puntuaciones por encima del percentil 90 sugieren un alto riesgo de síntomas ansiosos.

Autocuestionario sobre variables sociodemográficas y medidas antiaislamiento

A los padres de todos los participantes del estudio se les pidió que respondieran a un autocuestionario en el que se les preguntaba sobre variables sociodemográficas y medidas llevadas a cabo durante el confinamiento, así como antecedentes familiares de problemas relacionados con la salud mental, si ha habido muertes por COVID-19 en sus familias, si las medidas adoptadas durante la pandemia han afectado a su trabajo, y sobre las posibles consecuencias sociales y académicas que el estado de emergencia sanitaria puede estar teniendo en sus hijos.

Para el análisis estadístico se utilizó STATA en su versión 16.1. Las pruebas estadísticas fueron de dos colas con un IC del 95%.

Se compararon las variables sociodemográficas entre los dos grupos mediante el test T de Student para las variables cuantitativas y el test Chi-cuadrado (con la prueba exacta de Fisher cuando ha sido necesario) para las variables cualitativas.

Se utilizó el test de modelos mixtos para medias repetidas (MMRM) con ajuste de Bonferroni para comparar las puntuaciones totales y los percentiles de los autocuestionarios clínicos entre los dos grupos, y también para el análisis intrasujeto en cada grupo durante el periodo de estudio. Una vez realizado el análisis por MMRM, los márgenes con sus intervalos de confianza (IC) del 95% se representaron mediante gráficos de márgenes. No se representan los valores extremos.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron un total de 193 sujetos, 100 (51,81%) pacientes y 93 (48,19%) voluntarios sanos. De ellos, 118 cumplimentaron los autocuestionarios a los 3 meses (65 pacientes y 53 voluntarios sanos), 94 a los 6 meses (50 pacientes y 44 voluntarios sanos) y 82 a los 12 meses (51 pacientes y 31 voluntarios sanos).

Como se muestra en la [Tabla 1](#), las únicas diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los dos grupos respecto a las variables sociodemográficas y medidas aplicadas durante el confinamiento por COVID-19 fueron: un mayor número de madres en el grupo de pacientes que perdieron su trabajo debido al confinamiento (18,37% frente a 9,47%; $\chi^2 = 7,59$, $p = 0,023$), y un mayor número de muertes de familiares causadas por COVID-19 en el grupo de voluntarios sanos (5,65% frente a 0%; $\chi^2 = 9,89$, $p = 0,002$). El resto de comparaciones no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Finalmente, la [Tabla 1](#) muestra la proporción de diagnósticos clínicos según el manual DSM-5 del grupo de pacientes de la muestra, observándose una alta prevalencia de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (48,45%) y de Trastorno

del Espectro Autista (TEA) (29,90%). El 54,04% de los pacientes estaban en tratamiento farmacológico cuando se produjo el confinamiento por COVID-19. Al final de la [Tabla 1](#) se muestran los cambios farmacológicos realizados durante el confinamiento en estos pacientes.

La [Tabla 2](#) y la [Figura 1](#) muestran las puntuaciones totales y los márgenes predictivos con IC del 95% de los autocuestionarios clínicos (CDI y STAI-C) durante el periodo de seguimiento de 1 año. Observamos puntuaciones clínicas significativamente más altas en el CDI en los pacientes que en los voluntarios sanos al inicio del estudio ($z = 4,55$; $p < 0,001$), a los 3 meses ($z = 3,83$; $p < 0,001$) y a los 6 meses ($z = 3,88$; $p < 0,001$) del periodo de seguimiento, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas a los 12 meses ($p > 0,05$).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra del estudio.

	Total N = 193		Grupo de pacientes n = 100		Voluntarios sanos n = 93		Estadístico ^a	p
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Edad en el momento de la inclusión	11,08	2,21	11,27	2,11	10,88	2,31	t = 1,22	0,222
	n	%	n	%	n	%		
Sexo (femenino)	86	46,49	41	42,71	45	50,56	$\chi^2 = 1,15$	0,285
Antecedentes familiares de trastornos mentales (sí)	9	8,82	7	13,21	2	4,08	$\chi^2 = 2,64$	0,232
Muertes en familiares por COVID-19	7	2,37	0	0	7	5,65	$\chi^2 = 9,89$	0,002
Pérdida de trabajo materna asociada a la pandemia por COVID-19	27	13,99	18	18,37	9	9,47	$\chi^2 = 7,59$	0,023
Pérdida de trabajo paterna asociada a la pandemia por COVID-19	22	11,4	12	12,24	10	10,53	$\chi^2 = 2,51$	0,285
Uso de redes sociales durante el confinamiento	94	80,34	52	77,61	42	84	$\chi^2 = 1,82$	0,402
Dificultad para quedar con amigos tras el confinamiento	70	23,73	41	23,98	29	23,39	$\chi^2 = 0,01$	0,906
Dificultad para volver al colegio tras el confinamiento	22	12,36	13	12,5	9	12,16	$\chi^2 = 0,0$	0,946
Rendimiento académico tras el COVID-19 (empeoramiento)	24	13,48	15	14,42	9	12,16	$\chi^2 = 0,19$	0,663
Creencia paternal de que la pandemia por COVID-19 ha afectado la salud mental de sus hijos	26	31,71	16	31,37	10	32,26	$\chi^2 = 0,01$	0,933

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra del estudio (Continuación).

Diagnósticos clínicos (DSM-5):		
TDAH	47	48,45
Trastorno del espectro autista	29	29,9
Trastornos de ansiedad	10	10,31
Trastorno de la conducta alimentaria	4	4,12
Trastorno de conducta	4	4,12
Trastornos depresivos	3	3,09
Tratamiento farmacológico de los pacientes durante el confinamiento		
No estaban en tratamiento farmacológico	46	45,92
No se precisó un ajuste de la dosis	42	41,85
Fue necesario un aumento de la dosis	2	2,04
Fue necesario una disminución de la dosis	4	4,08
Se suspendió el tratamiento farmacológico	6	6,12

^a Comparación de las variables sociodemográficas entre el grupo de pacientes y de voluntarios sanos; prueba Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher, o la prueba T según sea necesario.

TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad N/n= número; %= porcentaje.

Tabla 2. Puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos durante el período de seguimiento de 1 año.

	Total N = 193		Grupo de pacientes n = 100		Voluntarios sanos n = 93		Estadístico	p
	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
CDI								
Inclusión (mayo 2020)	8.23	5.98	10.19	6.42	6.12	4.63	z = 4.55 ^a	< 0.001
3 meses [*]	8.39	6.23	10.23	6.76	6.20	4.86	z = 3.83 ^b	< 0.001
6 meses ^{**}	8.57	5.60	10.47	5.79	6.07	4.26	z = 3.88 ^c	< 0.001
12 meses ^{***}	8.36	5.83	9.10	5.97	7.03	5.41	z = 1.40 ^d	0.644
State Anxiety (STAI-C)								
Inclusión (mayo 2020)	28.67	6.85	29.86	7.21	27.31	6.19	z = 1.98 ^a	0.192
3 meses [*]	27.94	6.94	27.97	7.14	27.92	6.76	z = 0.19 ^b	1.0
6 meses ^{**}	27.79	6.16	29.40	6.59	25.62	4.80	z = 2.89 ^c	0.016
12 meses ^{***}	28.42	6.25	28.28	6.07	29.68	6.64	z = -0.44 ^d	1.0
Trait Anxiety (STAI-C)								
Inclusión (mayo 2020)	32.0	7.83	33.76	8.24	29.96	6.84	z = 1.70 ^a	0.352
3 meses [*]	31.13	7.30	32.25	7.46	29.78	6.94	z = 1.11 ^b	1.0
6 meses ^{**}	30.93	7.24	32.76	7.86	28.46	5.51	z = 2.62 ^c	0.036
12 meses ^{***}	31.86	7.55	32.26	6.97	31.14	8.57	z = 0.30 ^d	1.0

CDI: The Children's Depression Inventory (Inventario de Depresión Infantil); STAI-C: State-Trait Anxiety Inventory for Children (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños)

* n = 65 para el grupo de pacientes; n = 53 para el grupo de voluntarios sanos

** n = 50 para el grupo de pacientes; n = 44 para el grupo de voluntarios sanos

*** n = 51 para el grupo de pacientes; n = 31 para el grupo de voluntarios sanos

^a Comparación entre el grupo de pacientes y los voluntarios sanos al inicio del estudio; modelo mixto para medias repetidas (MMRM) con corrección de Bonferroni.

^b Comparación entre el grupo de pacientes y los voluntarios sanos a los 3 meses; modelo mixto para medias repetidas (MMRM) con corrección de Bonferroni.

^c Comparación entre el grupo de pacientes y los voluntarios sanos a los 6 meses; modelo mixto para medias repetidas (MMRM) con corrección de Bonferroni.

^d Comparación entre el grupo de pacientes y los voluntarios sanos a los 12 meses; modelo mixto para medias repetidas (MMRM) con corrección de Bonferroni.

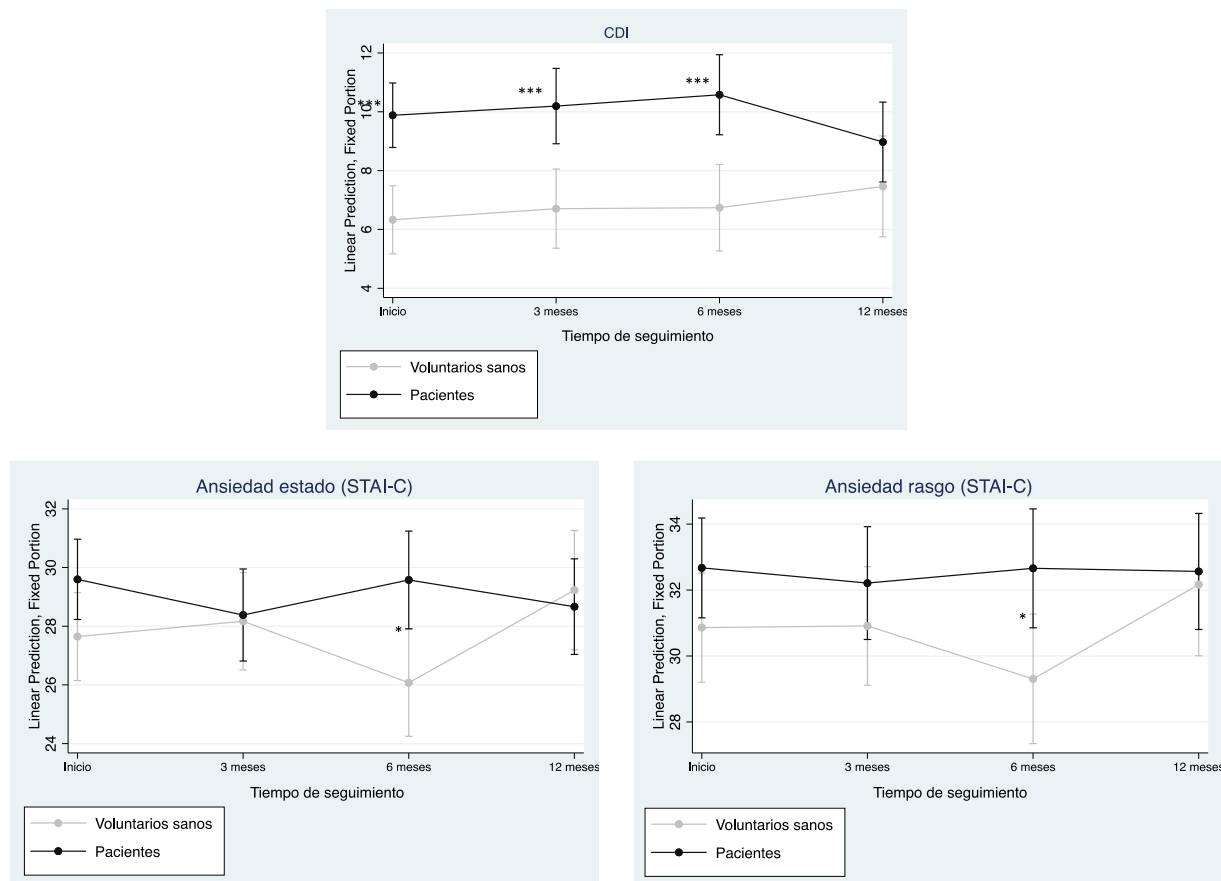


Figura 1. Comparación de las puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos entre el grupo de pacientes y el grupo de voluntarios sanos durante el periodo de seguimiento de 1 año.
* ($p<0.05$); ** ($p<0.01$); *** ($p<0.001$)

Respecto al STAI-C, sólo encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos tanto en la ansiedad estado como en la ansiedad rasgo a los 6 meses ($z = 2,89$, $p = 0,016$; $z = 2,62$, $p = 0,036$, respectivamente), siendo las puntuaciones más altas en el grupo de pacientes (véase la Figura 1).

Tal y como se muestra en la Figura 1, el análisis intrasujeto no encontró cambios estadísticamente significativos en los síntomas de depresión o ansiedad en ninguno de los grupos durante el periodo de seguimiento de 1 año (todos los valores $p > 0,05$), excepto una puntuación clínica más grave en las subescalas de ansiedad estado y rasgo del STAI-C a los 12 meses frente a los 6 meses en el grupo de voluntarios sanos ($z = 2,84$, $p = 0,027$ y $z = 2,58$, $p = 0,032$, respectivamente).

Por otra parte, al analizar estos cuestionarios clínicos en función del sexo de los participantes (véase la Figura 2), observamos que las mujeres del grupo de pacientes presentaban puntuaciones clínicas más altas que las del grupo de voluntarios sanos en el CDI al inicio del estudio ($z = 3,44$, $p = 0,004$), a los 3 meses ($z = 3,60$, $p = 0,002$) y a los 6 meses ($z = 3,42$, $p = 0,004$), así como en las dos subescalas de ansiedad estado-rasgo del STAI-C a los 6 meses ($z = 2,50$, $p = 0,048$; $z = 2,49$, $p = 0,048$, respectivamente). En el grupo de varones, sólo encontramos una puntuación estadísticamente significativa más alta en el CDI al inicio del estudio en los varones del grupo de pacientes en comparación con los varones del grupo de voluntarios sanos ($z = 3,02$, $p = 0,012$), mientras que no observamos diferencias estadísticamente

24 significativas entre los varones de ambos grupos con respecto al STAI-C (todos los valores $p > 0,05$).

Finalmente, para estudiar la posible influencia de la edad en los síntomas de depresión y ansiedad, dicotomizamos la variable edad en dos grupos: niños de 7 a 9 años ($n = 61$ (31,61%)) y adolescentes de 10 a 15 años ($n = 132$ (68,39%)). En cuanto al grupo de niños, como se muestra en la Figura 2, encontramos que los del grupo de pacientes tenían puntuaciones más altas que los del grupo de voluntarios sanos en el cuestionario CDI al inicio del estudio ($z = 2,91$, $p = 0,016$) y también en las subescalas de ansiedad

estado y rasgo del STAI-C a los 6 meses ($z = 2,17$, $p = 0,045$; $z = 2,31$, $p = 0,039$, respectivamente). Respecto a las comparaciones en el grupo de adolescentes, encontramos que los adolescentes del grupo de pacientes tenían puntuaciones totales más altas que los del grupo de voluntarios sanos en el CDI al inicio ($z = 4,72$, $p < 0,001$), a los 3 meses ($z = 3,44$, $p = 0,004$) y a los 6 meses ($z = 5,12$, $p < 0,001$), y también en las subescalas de ansiedad estado y rasgo del STAI-C a los 6 meses ($z = 2,29$, $p < 0,040$; $z = 2,16$, $p = 0,046$, respectivamente).

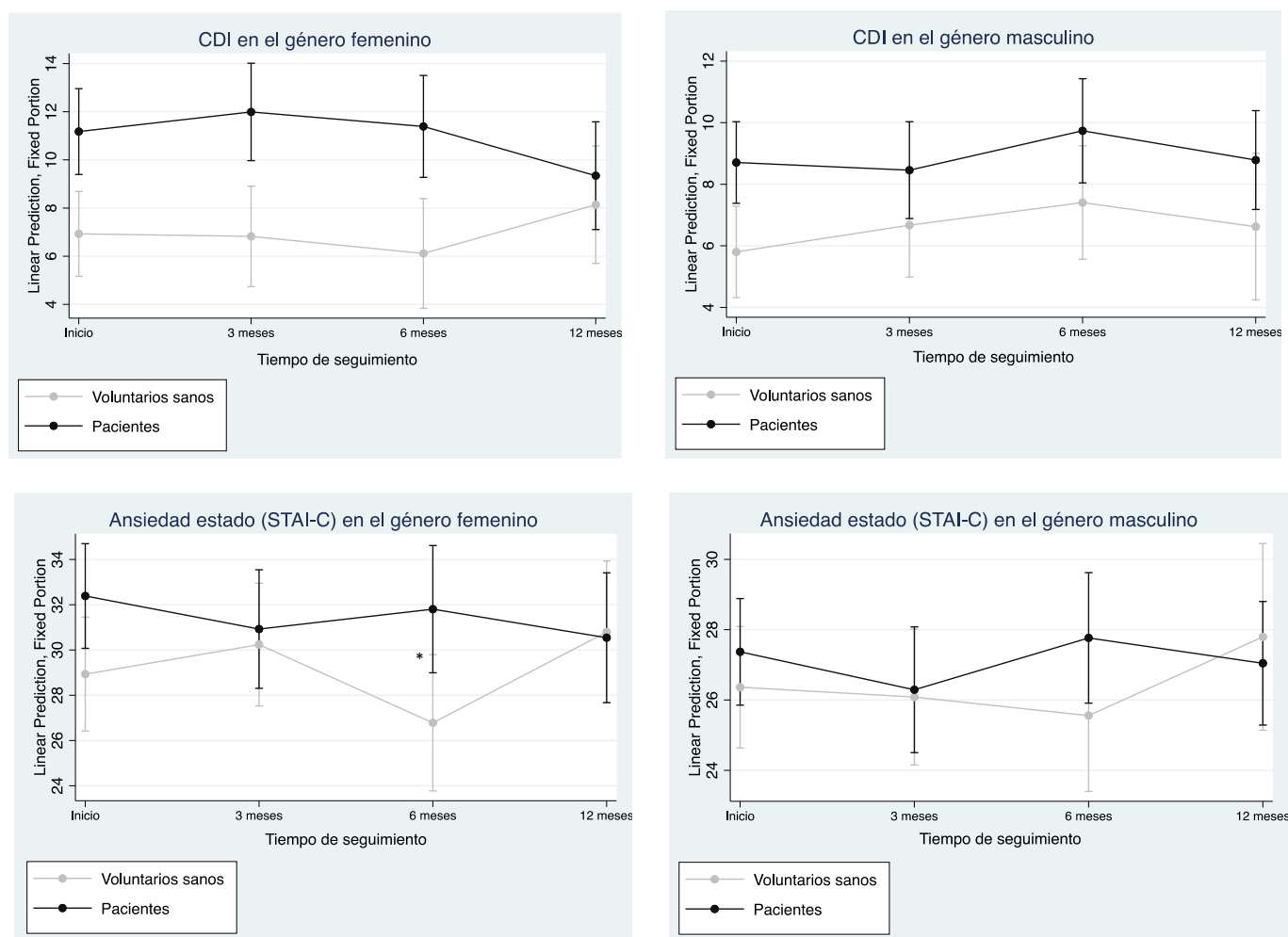


Figura 2. Comparación por edad de las puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos entre el grupo de pacientes y el grupo de voluntarios sanos durante el periodo de seguimiento de 1 año.

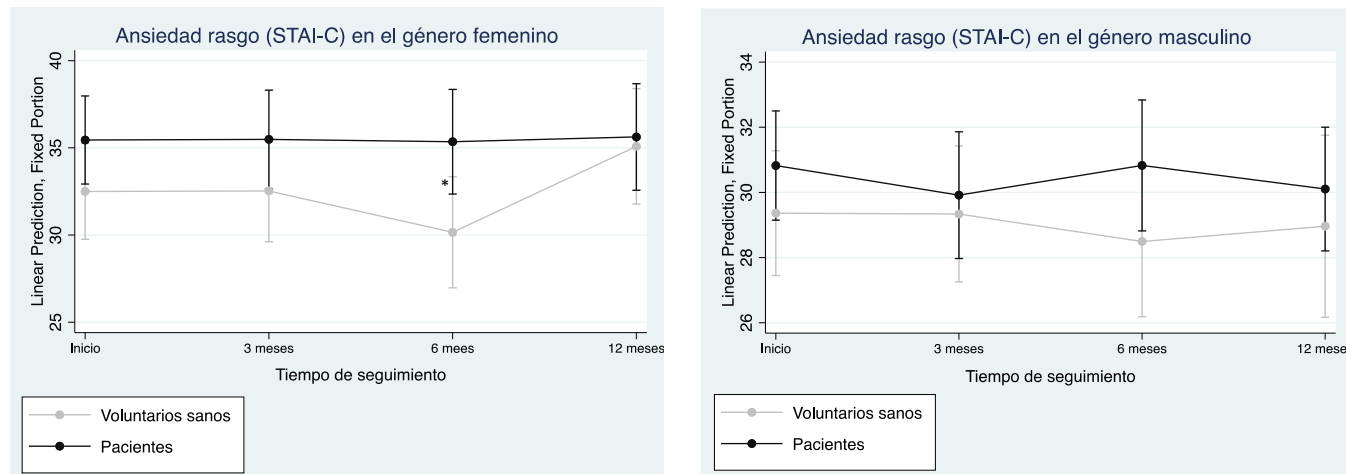


Figura 2. Comparación por edad de las puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos entre el grupo de pacientes y el grupo de voluntarios sanos durante el periodo de seguimiento de 1 año (Continuación).

* ($p < 0.05$); ** ($p < 0.01$); *** ($p < 0.001$)

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que ha comparado síntomas de ansiedad y depresión durante el primer año tras el inicio de la pandemia por COVID-19 entre niños y adolescentes que estaban en tratamiento en una USMIJ y voluntarios sanos, con el objetivo de encontrar subpoblaciones más vulnerables al impacto que situaciones de emergencia sanitaria pueden tener en la salud mental de niños y adolescentes.

Con respecto a la comparación global entre pacientes y voluntarios sanos, observamos que los pacientes presentaban síntomas de depresión más graves que los voluntarios sanos al inicio del estudio, y a los 3 y 6 meses tras el inicio de la pandemia por COVID-19, así como síntomas de ansiedad más graves (medidos con las subescalas de estado y rasgo) a los 6 meses (véase la Figura 1). Esto coincide con lo descrito por Orgilés y sus colegas (3): observaron que la población infanto-juvenil que tenían antecedentes de trastornos mentales tenían más síntomas ansioso-depresivos y necesitaban más apoyo para afrontar las incertidumbres y tolerar los sentimientos negativos asociados a la pandemia por COVID-19. Que los síntomas de ansiedad fueran más intensos a los 6 meses en el grupo de pacientes puede explicarse porque la evaluación de los 6 meses se produjo en

el primer trimestre del curso académico 2020/2021, tras varios meses con las clases suspendidas. En nuestra opinión, el aumento del estrés asociado a la vuelta a las clases podría explicar el incremento de los síntomas de ansiedad que observamos en los pacientes a los 6 meses, ya que son personas más vulnerables en los que el estrés académico se suma a otros factores intrínsecos a su enfermedad de base (especialmente en el subgrupo de pacientes con TEA). El hecho de que la evaluación a los 12 meses coincidiera con el final del curso académico podría explicar por qué a los 12 meses el grupo de pacientes presentaba menos síntomas de ansiedad, igualándose a los del grupo de voluntarios sanos. Creemos que el marcado descenso en las puntuaciones de la escala de ansiedad a los 6 meses en los voluntarios sanos se debe a que la vuelta a la normalidad académica y social es algo que demandaban más que el grupo de pacientes. Es importante señalar que, aunque observamos una mayor gravedad de síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes respecto al de voluntarios sanos durante todo el periodo de seguimiento, del total de 100 pacientes, sólo 26 (26,80%) superaron el punto de corte de gravedad para la escala CDI (puntuación igual o superior a 20), 30 (41,24%) para la subescala de ansiedad estado STAI-C y 25 (25,77%) para la subescala de ansiedad rasgo STAI-C (percentiles iguales o superiores al p90).

26 Pese a la gran preocupación inicial sobre el posible impacto que podía tener la pandemia por COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes, sobre todo en aquellos con antecedentes de enfermedad mental, el análisis intra-sujeto no observó cambios significativos en la sintomatología ansioso-depresiva en la población clínica a lo largo del periodo de seguimiento de un año. Estos resultados coinciden con lo observado por otros investigadores en un estudio reciente (15) en población clínica infanto-juvenil que acudía a un hospital de día. Sin embargo, otros estudios han descrito un aumento de autolesiones, ideación autolítica (18) y trastornos de la conducta alimentaria (19) tras el confinamiento. Estos hallazgos no son incompatibles con nuestros resultados, aunque el análisis de dichas variables quedaba fuera de nuestros objetivos.

Estudios previos han arrojado resultados contradictorios sobre si el género femenino puede ser un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas de ansiedad o depresión durante la pandemia por COVID-19 (2, 5-7, 9, 20). En nuestro estudio, observamos que las mujeres del grupo de pacientes presentaban síntomas de depresión más graves durante los seis primeros meses tras el inicio de la pandemia por COVID-19, así como síntomas de ansiedad más graves a los 6 meses, respecto a las mujeres del grupo de voluntarios sanos (véase la Figura 3). Estos resultados se pueden entender si tenemos en cuenta la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en el género femenino respecto al masculino (21).

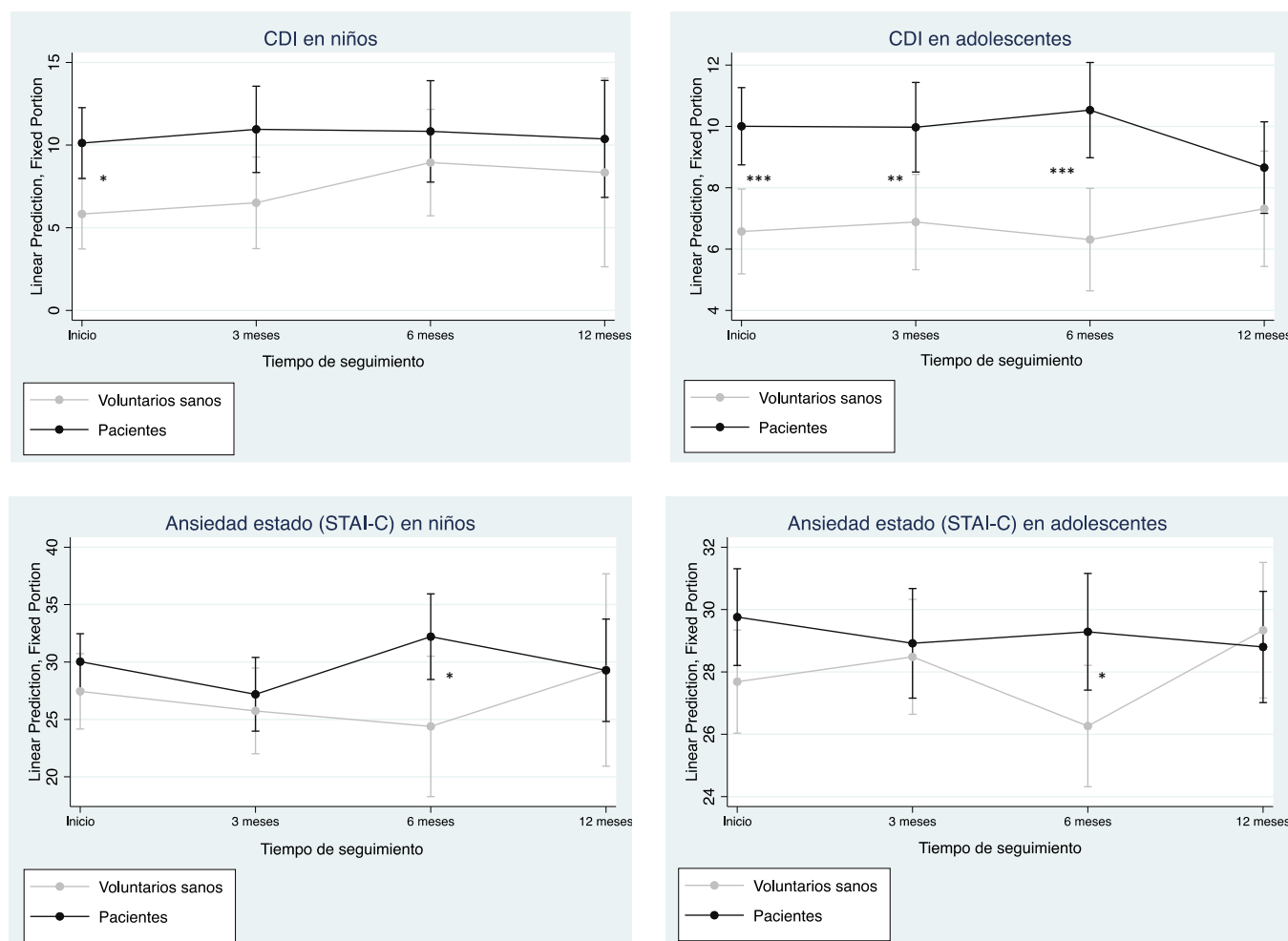


Figura 3. Comparación por sexo de las puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos entre el grupo de pacientes y el grupo de voluntarios sanos durante el periodo de seguimiento de 1 año.

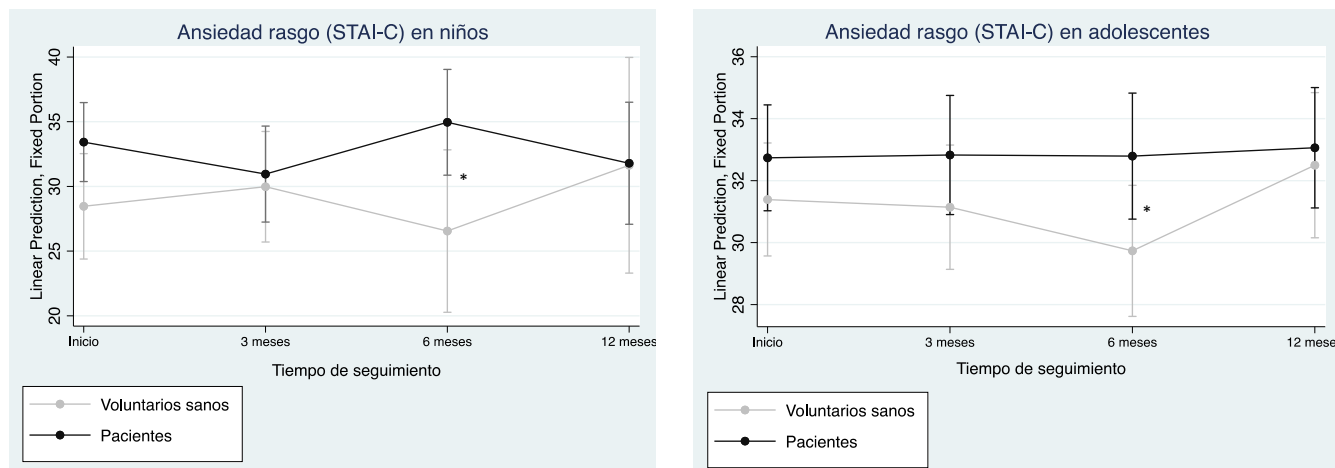


Figura 3. Comparación por sexo de las puntuaciones totales de los autocuestionarios clínicos entre el grupo de pacientes y el grupo de voluntarios sanos durante el periodo de seguimiento de 1 año.
* ($p<0.05$); ** ($p<0.01$); *** ($p<0.001$)

En cuanto a la posible influencia de la edad en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes durante la pandemia de COVID-19, nuestros hallazgos mostraron que los pacientes adolescentes presentaban más síntomas depresivos que los voluntarios sanos adolescentes durante los 6 primeros meses desde el inicio de la pandemia y más síntomas de ansiedad a los 6 meses. Otras investigaciones también han descrito más síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes (6, 8) y lo han relacionado con el hecho de que, al tener más edad y por tanto mayor madurez, los adolescentes pueden ser más conscientes de los peligros, restricciones y consecuencias derivados de la pandemia por COVID-19.

Este estudio tiene algunas limitaciones que conviene tener en cuenta: al final del periodo de seguimiento de un año, menos del 50% de los sujetos (pacientes y voluntarios sanos) respondieron a los autocuestionarios. Esta pérdida de sujetos puede haber afectado a la precisión estadística de los análisis realizados. Además, la alta proporción de pacientes con TDAH y TEA, y la presencia de tratamiento farmacológico para tratar síntomas afectivos y/o ansiosos en alguno de ellos, ha podido influir en los resultados obtenidos. Si bien, creemos que es importante considerar que la medicación en este caso no estaría

actuando como un factor de confusión aumentando el error estadístico tipo I (falsos positivos), sino, lejos de esto, su efecto sería el de atenuar la gravedad clínica de la sintomatología ansioso-depresiva y, por lo tanto, esperaríamos encontrar una mayor diferencia entre ambos grupos (a favor de los pacientes) si esta variable no estuviese presente. Respecto a los diagnósticos más prevalentes, los pacientes con diagnóstico de TEA mostraron durante el seguimiento clínico una buena adaptación al periodo del confinamiento y al mayor aislamiento social que se produjo durante las primeras fases de la pandemia por COVID-19, lo que ha podido minimizar las diferencias clínicas observadas entre el grupo de pacientes y el de voluntarios sanos respecto a la sintomatología ansioso-depresiva. Por último, no se han recogido variables sociodemográficas que en otros estudios se han visto relacionadas con el impacto sobre la salud mental de niños y adolescentes durante el confinamiento por COVID-19, como la situación económica y el nivel educativo de los progenitores (22).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la preocupación por el impacto que la pandemia por COVID-19 y las medidas relacionadas podrían tener sobre la salud mental de niños y adolescentes, hemos llevado a cabo un estudio

en el que se ha evaluado de forma longitudinal la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en 100 niños y adolescentes en tratamiento en una USMIJ y en 93 voluntarios sanos, con el objetivo de determinar qué sujetos son más vulnerables a desarrollar esta sintomatología durante una situación de emergencia sanitaria. Encontramos que tener antecedentes de trastornos de salud mental aumenta la vulnerabilidad individual a desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa en comparación con los voluntarios sanos durante el primer año tras el inicio de esta pandemia. Más en profundidad, los resultados del presente estudio sugieren considerar a las mujeres adolescentes con antecedentes de trastornos de salud mental como las personas más vulnerables a desarrollar síntomas depresivos y ansiosos en una crisis sanitaria y, por tanto, tenerlas en cuenta en los programas de detección, prevención e intervención temprana que se lleven a cabo.

Dado que las consecuencias que la pandemia por COVID-19 puede tener sobre la salud mental pueden hacerse más evidentes a largo plazo, es imprescindible seguir realizando estudios que amplíen nuestro conocimiento sobre su impacto en la salud mental de la población infanto-juvenil.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean dar las gracias a todos los pacientes, voluntarios sanos y familiares que han participado en este estudio. También queremos dar las gracias al Sr. Alex Fraser que ha participado en la revisión final del manuscrito.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar que sean relevantes para el contenido de este artículo.

FINANCIACIÓN

El Dr. Javier Vázquez-Burgués recibe financiación de la Fundación Instituto Marqués de Valdecilla (INT/A21/10, INT/A20/04). La Dra. Rosa Ayesa-Arriola está financiada por un contrato Miguel Servat del

Instituto de Salud Carlos III (CP18/00003), realizado en la Fundación Instituto Marqués de Valdecilla.

REFERENCIAS

1. WHO. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. 2020.
2. Hawes MT, Szenczy AK, Klein DN, Hajcak G, Nelson BD. Increases in depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults during the COVID-19 pandemic. *Psychol Med.* 2021;52(14):1-9.
<https://doi.org/10.1017/S0033291720005358>
3. Orgiles M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front Psychol.* 2020;11: 1-10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
4. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp AK, Becker M, et al. [Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the COPSYS study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2021;64(12): 1512-21.
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>
5. Tang S, Xiang M, Cheung T, Xiang YT. Mental health and its correlates among children and adolescents during COVID-19 school closure: The importance of parent-child discussion. *J Affect Disord.* 2021;279: 353-60.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.016>
6. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. 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://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
7. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020;221: 264-6 e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
8. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems

- in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6): 749-58.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
9. Dönmez YE, Uçur Ö. Frequency of Anxiety, Depression, and Irritability Symptoms in Children During the COVID-19 Outbreak and Potential Risk Factors Associated With These Symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2021;209(10): 727-33.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001364>
10. 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*. 2022;41(8): 5723-30. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01191-4>
11. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;289: 113070.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113070>
12. Śniadach J, Szymkowiak S, Osip P, Waszkiewicz N. Increased Depression and Anxiety Disorders during the COVID-19 Pandemic in Children and Adolescents: A Literature Review. *Life (Basel)*. 2021;11(11): 1188.
<https://doi.org/10.3390/life11111188>
13. Newlove-Delgado T, Russell AE, Mathews F, Cross L, Bryant E, Gudka R, et al. Annual Research Review: The impact of Covid-19 on psychopathology in children and young people worldwide: systematic review of studies with pre- and within-pandemic data. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022;64(4): 611-40.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13716>
14. Werling AM, Walitza S, Eliez S, Drechsler R. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and family situation of clinically referred children and adolescents in Switzerland: results of a survey among mental health care professionals after 1 year of COVID-19. *J Neural Transm (Vienna)*. 2022;129(5-6): 675-88.
<https://doi.org/10.1007/s00702-022-02512-6>
15. Domínguez-Martín C M-AE, Martínez-Fernández J, Díez-Revuelta A. 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. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2022; 39(3): 21-40.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n3a4>
16. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). Toronto. Multi-Health Systems. 1992.
17. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State trait Anxiety Inventory. 1973.
18. 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>
19. Graell M, Moron-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villasenor A, Yanez S, Munoz 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>
20. Kostev K, Weber K, Riedel-Heller S, von Vultee C, Bohlken J. Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021: 1-7.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01924-1>
21. Sandin B CP, Valiente RM. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia. Manual Moderno. 2019.
22. Hawrilenko M KE, Tandon P, Christakis D. The Association Between School Closures and Child Mental Health During COVID-19. *JAMA Netw Open*. 2021;1;4(9): e2124092.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.24092>

C. Imaz-Roncero ¹ * 
P. Blanco-del Valle ² 
E. Ortega-García ³ 
R. González-Pinillos ⁴ 
F. C. Ruiz-Sanz ⁵ 
A. Mayo-Iscar ⁶ 

1 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil HURH-Valladolid. Prof. Asociado Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid, España.

2 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil Soria, España.

3 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil León, España.

4 Psicóloga Clínica, CSM Infanto-Juvenil Palencia, España.

5 Psiquiatra, CSM Infanto-Juvenil Palencia, España.

6 Profesor titular de Estadística, facultad Medicina, UVa. Valladolid, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Carlos Imaz Roncero

Correo: cimaz@saludcastillayleon.es

Sistemas de priorización de la demanda ambulatoria en Salud mental Infantil y de la Adolescencia

Child and Adolescent Mental Health outpatient prioritisation policies

RESUMEN

Objetivo: El incremento de demandas asistenciales, en un contexto de crisis generalizada de recursos, hace necesario la utilización de sistemas de gestión diferencial, que garantice la equidad y la calidad en la atención ambulatoria, similares a los sistemas de priorización de demandas en los Servicios de Urgencias. **Material y métodos:** Se utilizaron las escalas HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources) y Western Canada Waiting List (WCWL), para evaluar retrospectivamente la demanda de varios centros ambulatorios de salud mental infantil y de la adolescencia de la Comunidad de Castilla y León (España), recogiendo motivos, tiempos de respuesta y los sistemas de priorización vigentes (normal o preferente). **Resultados:** Se ha observado que la mediana en el tiempo de espera para una demanda normal es de 60 días (Rango intercuartílico o RIC=40,75-113,25) vs 35,0 días (RIC=21,0-35,0) en la demanda preferente, que disminuye con la entrevista de acogida hasta 21,0 días (RIC=11,0-29,0) vs 5,0 días (RIC=1,0-7,0) respectivamente. Según el sistema empleado (HEADS-ED ó WCWL modelo Finandés

ABSTRACT

Objective: The increase in care demands, in a context of generalised crisis of resources, makes it necessary to use differential management systems that guarantee equity and quality in outpatient care, similar to the systems for prioritising demands in Emergency Departments. **Material and methods:** The HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources) and Western Canada Waiting List (WCWL) scales were used to retrospectively evaluate the demand of several outpatient child and adolescent mental health centres in the Community of Castilla y León (Spain), collecting reasons for response times and the prioritisation systems currently used (normal or preferential). **Results:** It has been observed that the median waiting time for a normal demand is 60 days (Interquartile range or IQR=40,75-113,25) vs. 35.0 days (IQR=21,0-35,0) for preferential demand, which decreases with the intake interview to 21,0 days (IQR=11,0-29,0) vs. 5,0 days (IQR=1,0-7,0) respectively. Depending on the system used (HEADS-ED or WCWL Finnish or Canadian model) for the cases referred to Child and Adolescent

o Canadiense) en los casos derivados a Salud Mental Infanto-Juvenil no se alcanza el punto de corte entre un 13,2%, 40,7% y un 76,3%, respectivamente. Conclusiones: Los sistemas de priorización (HEADS-ED y WCWL) han detectado demandas injustificadas. Se sugiere la necesidad de establecer sistemas de gestión de la demanda online, sistemas de priorización y ampliación de las modalidades de atención, para que de forma coordinada mejoren los procesos de atención.

Palabras clave: Listas de espera, calidad asistencial, sistemas de información en atención ambulatoria, salud mental, derivación y consulta.

Mental Health the cut-off point is not reached by 13,2%, 40,7% and 76,3%, respectively. Conclusions: Prioritisation systems (HEADS-ED and WCWL) have detected unjustified demands showing that assessment methods of current preferred cases are not useful. It is suggested that there is a need to establish online demand management systems, prioritisation systems and expanded modalities of care to improve care processes in a coordinated manner.

Keywords: Waiting Lists, quality of health care, ambulatory care information systems, mental health, referral and consultation.

INTRODUCCIÓN

La demanda asistencial tiene relación con la prevalencia y con la necesidad de tratamiento, pero, en salud mental, y más específicamente en el ámbito de la infancia y de la adolescencia, la demanda también es dependiente de la atribución de causa. Así, una causa orgánica o derivada de un trauma favorece la demanda, pero se retrasa ante la culpabilidad o ante la apreciación de que “es una fase” en la que “superará el problema” por sí mismo (1).

Por ello tener un trastorno en salud mental infantil y de la adolescencia no siempre implica necesidad de ser tratado y cualquier evaluación futura de necesidad debe basarse en la evidencia, tener en cuenta las prioridades de atención y la rentabilidad (2).

En Atención Primaria se detecta el problema de salud mental en una cuarta parte de los niños que cumplen criterios de caso (3) y aumenta, cuando hay preocupación de los padres, hasta un 88% (4). Se ha descrito que hay diferencias entre el motivo de consulta y la demanda real, pero la demanda no se relaciona ni con la intensidad del síntoma, ni con el tipo de problema, ni con la gravedad, relacionándose con las atribuciones parentales, especialmente con la vivencia de incapacidad para manejar a los hijos (5). Sin embargo, para detectar riesgo suicida, el autoinforme se ha valorado como válido, aunque no haya concordancia con la evaluación clínica (6).

Por otra parte, las necesidades insatisfechas de tratamiento de salud mental son generalizadas precisándose una expansión de recursos y una asignación óptima de los mismos (7). Pero la calidad solo se podrá mantener centrándose en los resultados más que en los medios, mejorando la eficiencia interna, abandonando lo que no aporta valor o adaptando los procesos o estructuras antiguas (8).

En general, la demanda en nuestro medio se organiza bajo el principio del que “primero llega, primero que es atendido” (first-in first-out o FIFO) (9). Para algunos (10), la gestión de las listas de espera es, en general, “caótica”, así como “no estandarizada, organizada caprichosamente, mal controlada y... con una grave necesidad de reajuste”, concluyendo que es “imposible... gestionar racionalmente a los pacientes de esas listas” y que haría imposible, por tanto, garantizar la equidad.

Ante incrementos de la demanda se puede intervenir en el acceso y el tiempo de espera entre otros (11), siendo preciso definir la cartera de intervenciones basadas en la evidencia y los tiempos de espera que no pongan en riesgo el beneficio de la atención recibida (12,13).

El tamizaje, referencia, atención y monitorización ha sido utilizado en desastres (14). En el ámbito de la salud mental infantil clásicamente se ha evaluado gravedad pero sin priorización de la asistencia con escalas de funcionamiento psicosocial como

32

Children's Global Assessment Scale (CGAS) (15). En servicios de urgencias ha habido experiencias de priorización y canalización de la misma evaluando el riesgo psicosocial HEADS (16) e incluyendo otras herramientas de planificación de cuidados como Child Assessment of Needs & Strengths (CANS) que han dado pie a la creación de HEADS-ED (<https://www.heads-ed.com>). Y el único sistema de priorización de listas de espera ambulatorias, que conocemos como tal, en el ámbito de la salud mental infantil y de la adolescencia es el Western Canada Waiting List Project (WCWL) (17) que tiene adaptaciones en Finlandia (18).

A pesar de que la gestión de la demanda y las medidas de priorización se han propuesto (8) como prioritarias para la mejora de eficiencia no se encuentran iniciativas en nuestro medio. Los modelos colaborativos entre Atención primaria y la red de salud mental (19) no han desarrollado sistemas de priorización en salud mental siendo objetivo de este trabajo presentar un estudio piloto que consiste en evaluar la demanda ambulatoria de varios centros de salud mental infantil y de la adolescencia con las herramientas disponibles en otros entornos que permitan realizar propuestas de mejora en la gestión de la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de primeras consultas consecutivas, desde febrero de 2022 hasta abril 2022, recogidas de consultas y equipos de las áreas sanitarias de León, Palencia, Soria y Valladolid Oeste.

Muestra

Se recogen N= 236 demandas que se recogen en cada centro manualmente y se introducen en una base excel en Teams® (♂ N=13, 56,1% y ♀ N=98, 41,5%) del Médico de Atención Primaria (MAP), con rango de 2-17 años y una media de edad de 11,29 (DT 3,9) de las áreas de salud de León, Palencia, Soria y Valladolid Oeste.

Variables

Se recogen además de datos sociodemográficos, otros datos:

- Motivos de demanda, agrupados; quién demanda (MAP a demanda del profesional, del paciente/familia o del Centro escolar/Centro Base; otro profesional del Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil o ESMIJ; interconsulta de otro especialista hospitalario; otros o desconocido); quién atiende (psiquiatra infantil y de la adolescencia o psicólogo clínico).
- Fechas de: Demanda de petición; Recepción, tiempo para recibir la petición para que llegue al ESMIJ; Acogida, cuándo existe una evaluación inicial por Enfermería de Salud Mental o Trabajador social); Evaluación, cuando se realiza la asistencia por el Psiquiatra o Psicólogo clínico responsable de caso y Seguimiento o fecha para una segunda atención.
- Sistema de atención: Normal, Preferente e Interconsulta interna, entre miembros del ESMIJ o de otros especialistas hospitalarios.
- Otras: de utilización de servicio urgente, complemento asistencial privado, fortalezas o situación de desventaja social.

Cuestionarios

Screening HEADS-ED (Home, Education, Activities/peers, Drugs/alcohol, Suicidality, Emotions/behavior, Discharge resources)

Esta herramienta se ha utilizado para derivación a especialista de psiquiatría en los servicios de Urgencias (20), especialmente para predecir ingreso en salud mental (21) y para la gestión de la demanda de 6-18 años, aunque hay estudios que la han utilizado en 0-18 años (22). Y ha sido propuesta como herramienta para planificar el tratamiento en función de la intensidad requerida.

Los que puntúan 0 no precisarían atención, 1 precisaría alguna atención y 2 precisa atención urgente (ver [Anexo 1](#)).

Western Canada Waiting List Project (WCWL)

WCWL es una asociación de 19 organizaciones relacionadas con la salud, financiada con fondos federales de Canadá, que se creó para desarrollar herramientas de gestión de las listas de espera de cinco tipos de servicios sanitarios ([17,23](#)).

Consta de 17 ítems y la adaptación canadiense original ha realizado un ponderación de pesos diferente a los ítems en el modelo finlandés ([24](#)), que en ambos casos establece un punto de corte de 50 para la entrada al sistema especializado ([18](#)). Por lo que será considerado positivo para puntuaciones iguales o mayores de 50 y negativo para los inferiores. El modelo finlandés da un peso mayor cuando detecta riesgo por grupos (I: síntomas, II: funcionamiento, III: otros y IV: pronóstico sin tratamiento) y el canadiense es más progresivo por ítems y pesos diferentes para cada pregunta (ver [Anexo 2](#)).

Aunque el proyecto WCWL no ha "resuelto" el problema de las listas y los tiempos de espera, disponer de un medio estandarizado y fiable para asignar la prioridad de los servicios es un paso importante para mejorar la gestión ([25](#)).

Estudio estadístico

Se utiliza el paquete IBM SPSS Statistics®, versión 26, analizándose los datos según la distribución de casos en porcentajes y los datos de tiempos de espera con medianas y rangos intercuartílicos. Dada la asimetría de las variables a estudio de tiempos de espera, se analizan con medianas y rangos intercuartílicos (RIC).

RESULTADOS

Se obtuvieron un N=236 de primeras consultas con un rango de 2 a 17 años y con una media de edad de 11,29 (RIC=8-15). El grupo más numeroso está entre los 12-17 años. Las derivaciones son realizadas mayoritariamente por el MAP en el 33,2% de los casos. El sistema de derivación Normal o habitual se utiliza en el 71,6% de los casos, siendo Preferente en el 18,6%, el resto es Desconocido 3,4% o son Interconsultas internas o externas 6,4%.

La causa más prevalente para la derivación o motivo de demanda es el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), hasta en el 33,5% de los casos, seguido por el grupo que incluye cuadros de ansiedad, depresivos, adaptativos o autolesiones con el 26,7%. Cuando se valora el diagnóstico inicial en lugar de motivo de demanda se observa un aumento de los problemas de Aprendizaje/Discapacidad, que pasa del 4,75 al 7,6%, y al grupo sin diagnóstico o desconocido, que pasa del 3,8% al 14,4%, pero existe una valoración bastante ajustada entre motivo de derivación y diagnóstico inicial (ver [Tabla 1](#)).

La mediana de tiempo de espera de las demandas por el sistema de atención Normal está en 60,0 días (RIC=40,75-113,25), para las Preferentes en 35,0 días (RIC=21,0-35,0) y de Interconsultas está en 68,5 días (RIC=44,00-102,75).

Ese tiempo para la evaluación se ha dividido en tiempo de Recepción que oscila para la petición Normal 7,0 días (RIC=5,0-11,0) y el Preferente 4,0 días (RIC=1,0-9,0); y tiempo de Acogida en demanda Normal es de 21,0 días (RIC=11,0-29,0) versus Preferente 5,0 días (RIC=1,0-7,0). Y el tiempo para la Evaluación por psiquiatría o psicología clínica en Normal 53,0 días (RIC=37,0-65,5), Preferente 21,0 días (RIC=11,0-69,0). En la [Figura 1](#), se pueden ver las diferencias en tiempo de Evaluación con el diagrama de cajas.

Tabla 1. Resultados por centro, grupos de edad, derivación y sistema de derivación, motiva de demanda por grupo diagnósticos y diagnóstico inicial

Centro	N	% H	% M	Media edad	Desv. Típica	Rango	
León	41	56%	44%	11,49	4,06	2-17 años	
Palencia	22	77%	23%	8,95	3,59	3-17 años	
Soria	87	56%	44%	11,13	4,32	2-17 años	
Valladolid Oeste	86	57%	43%	11,95	3,37	6-17 años	
Total	236	59%	42%	11,29	3,9	2-17 años	
G. Edad	<6 años	6-11 años		12-17 años		Total	
Nº	15	96		125		236	
Derivación	Colegio/ C.Base	CSMIJ	Interconsulta/ Hospital	MAP	Paciente/ Familia	Desconocido	Total
Nº	47	13	35	78	54	9	236
%	19,9	5,5	14,8	33,1	22,9	3,8	100,0
Sistema derivación	Normal	Otros	Preferente	Desconocido		Total	
Nº	169	15	44	8		236	
%	71,6	6,4	18,6	3,4		100,0	
Agrupación DX	Ansiedad/Depresión/ Adaptativo/ Autolesiones	Aprendizaje y discapacidad	Conducta/ TND	TCA/ Somatización	TDAH	TEA/Psicosis/ Orgánicos/ Sustancias	No dx/ Desconocido
Motivo demanda	26,7%	4,7%	14,4%	6,8%	33,5%	10,2%	3,8%
DX inicial	21,6%	7,6%	12,3%	4,7%	31,4%	8,1%	14,4%

N: Número, H: Hombre; M: Mujer; G.: Grupo; CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil; MAP: Médico de Atención Primaria; DX: diagnóstico; TND: Trastorno Negativista-Desafiante, TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEA: Trastorno Espectro Autista; dx: diagnóstico.

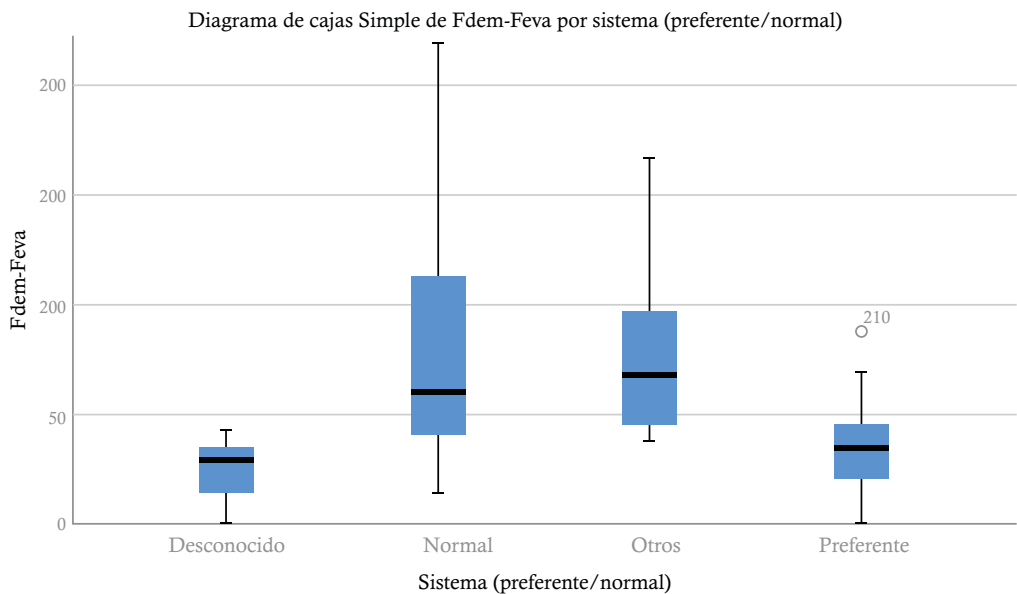


Figura 1. Diagrama de cajas del tiempo de Evaluación de la demanda por sistema de atención: Desconocido, Normal, Preferente, Otros.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

Los resultados en los cuestionarios para el screening podemos verlos en la [Tabla 2](#) destacando cómo el 13,2% en el HEADS-ED puntúa 0 y el 40,7% en el WCWL Finlandés no supera el punto de corte establecido para derivar a la red de Salud Mental, pero este porcentaje se eleva a un 76,3% cuando se utiliza la puntuación del WCWL Canadiense, más restrictivo en los criterios para derivar.

En la [Figura 2](#) se puede observar que el 5,6% precisaba atención urgente por la subescala de Suicidabilidad, el 7,5% en subescala Disponibilidad de recursos o un 3,7% en Drogas y alcohol. El rango es mucho mayor cuando se valora la urgencia en Alteraciones de emociones y comportamiento con un 34,9%, los problemas de Educación/empleo el 29,8%, o por problemas en el Entorno hogar-familia con un 26,5%.

El tiempo de Evaluación para el grupo de menor riesgo según HEADS-ED= ≤ 1 es de 53,0 días (RIC=34,0-65,5) vs para >1 de 48,0 días (RIC=24,8-82,8), que presenta una mediana inferior pero con una ampliación en el rango intercuartílico.

Y cuando se evalúan los tiempos de Evaluación con la escala WCWL no se encuentran diferencias

significativas entre grupo de menor riesgo con los de mayor. Así la WCWL finlandesa 54,5 (RIC=34,0-68,5) vs 50,0 (RIC=27,0-63,0), mientras que en la WCWL canadiense para de 52,0 (RIC=34,0-67,0) vs 24,0 (9,8-132,0), claramente inferior aunque con un rango mucho mayor (ver [Figura 3](#)).

Tabla 2. N° y % del HEADS-ED y de los que superan punto de corte en WCWL, según ponderación Finlandés y Canadiense

HEADS-ED		
Puntuación	Frecuencia	%
0	31	13,1
1	40	16,9
2-5	89	37,8
≥ 6	75	31,7
Perdidos	1	0,4
Total	236	100
WCWL Finlandés		
	Frecuencia	%
0	96	40,7
1	139	58,9
Total	235	99,6
Perdidos	1	0,4
Total	236	100
WCWL Canadiense		
	Frecuencia	%
0	180	76,3
1	55	23,3
Total	235	99,6
Perdidos	1	0,4
Total	236	100

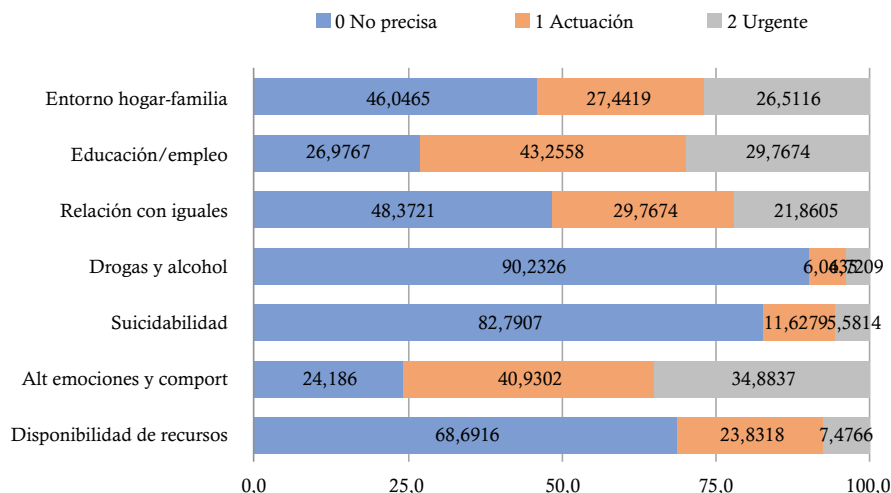


Figura 2. Distribución de los resultados del HEADS-ED por ítem en porcentaje.

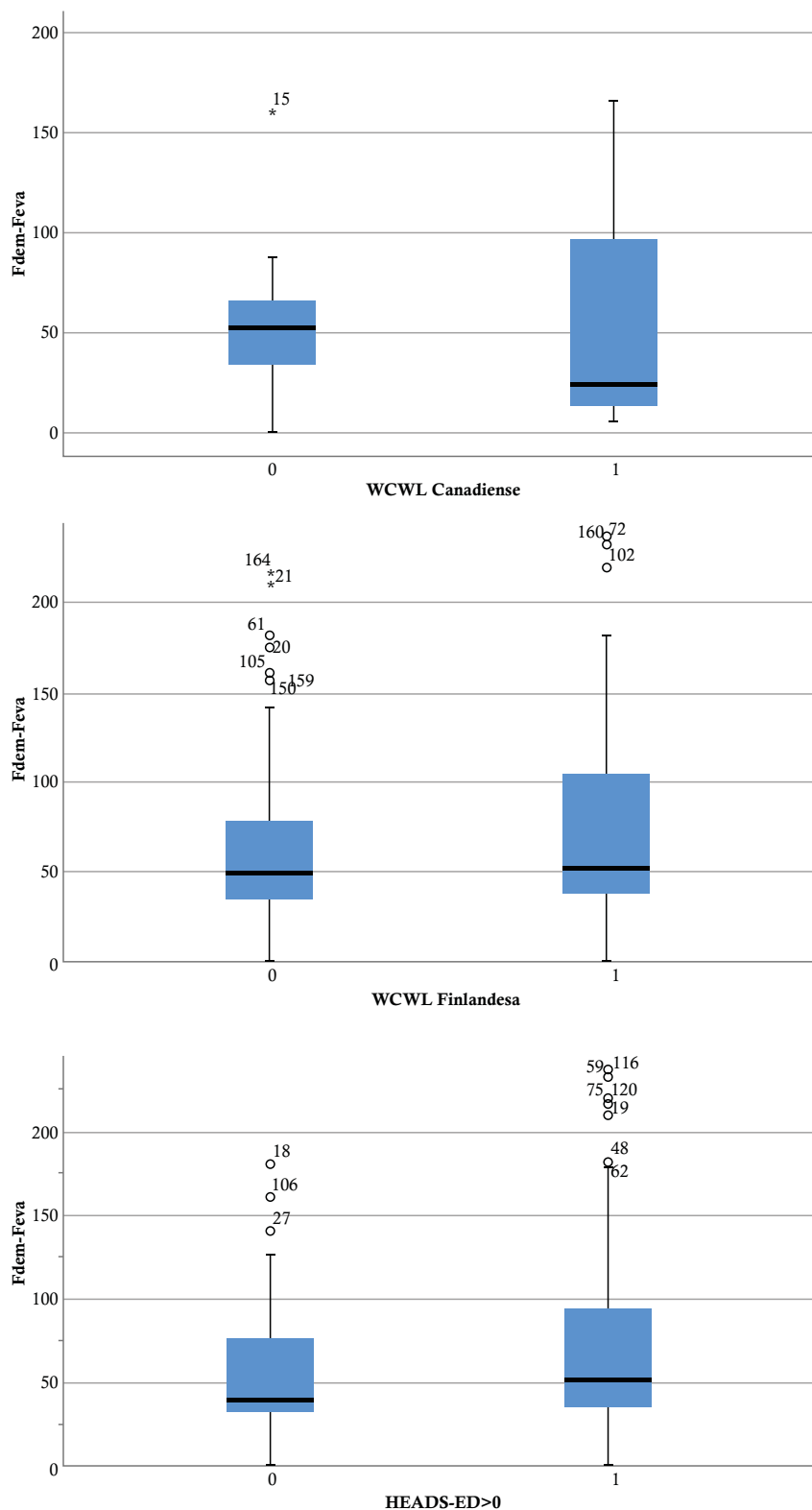


Figura 3. Tiempo entre demanda y evaluación para WCWL Canadiense y Finlandesa (donde 1 es para ≥ 50) y HEADS-ED (donde 1 es para 1 o más).

DISCUSIÓN

En un estudio del Reino Unido plantea 7 y 8 semanas como el umbral para considerar que han esperado demasiado para una cita (26) encontrándose, en nuestro caso, entre esos valores de 50,00 días (RIC=35,0-88,8). Datos alejados de los estándares utilizados en otros entornos o contextos, como propone la Asociación Canadiense de Psiquiatría (27) que plantea: 24 horas para la atención de emergencia, 2 semanas para la atención de urgencia y 1 mes para la atención programada.

Para la reducción de estas esperas se han planteado sistemas de acogida o de evaluación inicial que reduce esta espera. Así, el tiempo entre la demanda y la primera atención de acogida se reduce a 14,0 días (RIC=2,0-27,5) en la demanda normal, a 2,0 días en la preferente (rango 0,0-5,5). Además, dicha estrategia también reduce los “no acude” a un 8% frente a los 15% cuando no se utiliza. En el estudio presentado el porcentaje de “no acude” es del 11,9% (28).

Los sistemas de atención están saturados de demandas, pero muchas de ellas con muy bajo nivel de gravedad. Así el 13,1% de los pacientes derivados no requieren ninguna acción, elevándose a un 30,2% si incluimos una acción en un área utilizando la escala HEADS-ED. Con la escala WCWL el porcentaje de los que no superan el umbral para derivar a salud mental oscila entre el 40,7 y 76,3%, porcentaje mucho más elevado que estudios realizados en Finlandia que señalaba un 14,9% (18). Señalar que el umbral para entrar en el sistema de atención especializado en salud mental no es un indicador adecuado para que una persona que está siendo atendida en el sistema de salud mental sea dada de alta (18).

El análisis realizado confirmaría en Castilla y León lo que estudios previos ya señalaron a nivel global, no hay relación entre gravedad del trastorno y atención sanitaria (7), y cuando se utilizan las escalas HEADS-ED y WCWL para su valoración, solo se obtienen respuestas significativamente diferentes con el modelo Canadiense en WCWL, reduciéndose a la mitad el tiempo de espera en los casos evaluados como significativos. Pero, siendo un sistema con un porcentaje muy elevado de los considerados “no casos” que consumen servicios sanitarios (7).

Por otra parte, en la escala HEADS-ED, en el ítem alteración de emociones y comportamiento, más del tercio son evaluados como urgente por este apartado (34,9%) habiéndose recomendado ampliar el concepto por el impacto funcional que produce (leve, moderado, grave) (22).

Los motivos de derivación concuerdan con los diagnósticos iniciales por lo que no es un problema de desconocimiento por parte de Atención Primaria sino de la dificultad para filtrar la demanda. Por otra parte, este estudio no evalúa la actuación del MAP, ya que para poder dar respuesta a esta cuestión se precisaría de la información relativa a los sujetos que no se detectan adecuadamente y no se derivan, como de los que son adecuadamente atendidos sin ser derivados (29,30).

Los flujos de demanda actuales implican retrasos injustificados y dificultad para el control y su regulación. Algunos motivados por la gestión de documentos en papel y a barreras para la atención telefónica, etc., con retrasos de hasta 637 días. Retrasos de la evaluación por anulaciones en las citas derivados de las dudas, la resistencia o el rechazo a la misma por parte de los pacientes y/o sus familias.

A los procesos de gestión de citas sería recomendable añadir procesos estandarizados para orientar y facilitar la derivación al nivel asistencial que se precise. La ampliación del uso de herramientas de cribado y el uso de sistemas de gestión de citas online puede ayudar a facilitar el acceso oportuno a los servicios de salud mental garantizando así que se proporcione el nivel de atención adecuado. La identificación temprana y la adecuación a las necesidades pueden facilitar la prestación de una atención de alta calidad al reducir las intervenciones innecesarias, garantizando que las familias no esperen por servicios que no son apropiados para su nivel de necesidad y que estas demandas no prolonguen la espera de otros (22).

Una dificultad añadida es que servicios de salud mental son prestados, cada vez más, por una red heterogénea de entornos públicos, semiprivados y privados, tanto dedicados como no dedicados. Así programas de atención a la violencia de género, violencia intrafamiliar, infancia maltratada, prevención de drogas, etc. son ofrecidos desde servicios extrasanitarios. La recopilación de

información de esta red extendida generalmente se ve obstaculizada por recursos de tecnología de la información inadecuados y la ausencia de medidas de desempeño comunes (31) pero también por el reglamento de protección de datos personales que dificulta el traspaso de información. La OCDE afirmó que la calidad de la atención de los trastornos mentales "seguirá a la zaga de otras enfermedades hasta que se utilicen los indicadores apropiados para medir la calidad y se recopilen los datos apropiados" (31). Los sistemas de atención y de evaluación no pueden analizarse sin mirar el contexto donde se producen y para ello es preciso conocer toda la estructura de servicios de atención e integrar la información (32,33).

La pretensión de integrar los servicios sociales y de salud en servicios orientados al usuario, al menos en teoría, harían obsoletas las divisiones organizativas tradicionales entre atención primaria, atención en salud mental y atención social (34). Además en el área infantil deberían incluir a los servicios educativos, de justicia juvenil y la incorporación del tercer sector para complementar y diversificar los servicios (35).

Finalmente señalar que los sistemas de evaluación inteligente o de screening de la demanda automatizado (36–38) pueden facilitar el acceso y disminuir los casos que "no acuden". Otros autores (28) plantean que las tareas de screening ocupan un tiempo que puede aumentar la lista de espera, aumentando la presión asistencial, aunque, generalmente, mejora la percepción de utilidad de los profesionales (28).

Los modelos integrados de respuesta son modelos innovadores con múltiples servicios disponibles que incluyen intervenciones comunitarias basadas en la evidencia, tutorías entre iguales y apoyo telefónico o por mensaje en crisis, priorización de la atención primaria y psiquiátrica. Se basan en modelos que además de integrados son altamente colaborativos y orientados a las necesidades, objetivos y preferencias, con fácil acceso para los jóvenes (39). La creciente ola de problemas de salud mental en los jóvenes de todo el mundo exige que este enfoque se eleve a la máxima prioridad en la salud mundial (40).

CONCLUSIONES

La priorización actual con el sistema de preferencia consigue disminuir significativamente los tiempos de atención. Pero cuando dicha demanda se evalúa con las herramientas de evaluación psicosocial y de priorización utilizadas en otros contextos como HEADS-ED o WCWL solo hay correspondencia con el sistema de preferencia, cuando se utilizan criterios restrictivos en la derivación, como con el modelo canadiense. Por tanto, el sistema de preferencia es válido en cuanto a un sistema de priorización en casos graves pero no hay discriminación en la derivación en el resto de casos.

Sería recomendable realizar estudios más amplios con herramientas de cribado como HEADS-ED y/o WCWL o similares para la derivación del MAP a Salud Mental de la Infancia y Adolescencia y valorar eficacia, efectividad y satisfacción de los usuarios. Ampliar las posibles respuestas ante demandas en Atención Primaria e integrar alternativas asistenciales con diverso enfoque, prioridad e intensidad, y esto será posible si se usan criterios objetivos y transparentes en la derivación.

FINANCIACIÓN

Sin financiación.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El trabajo fue presentado en el congreso de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia de 2022 en Madrid, no hay publicado resumen ni datos de la misma.

DETALLE DE LA PARTICIPACIÓN

Cada autor, psiquiatra o psicólogo clínico, ha recogido la información asistencial de los dispositivos ambulatorios de atención a la salud mental infantil y de la adolescencia, recogiendo de Valladolid Oeste, Soria, León, Palencia. A. Mayo Iscar ha

realizado análisis estadístico y diagrama de cajas. C. Imaz Roncero redacta y todos revisan redacción y la aprueban. No ha sido preciso aprobación del Comité de ética dado que la recogida de información ha sido desagregada sin posibilidad de reconocimiento de información personal.

REFERENCIAS

1. Johnston OG, Burke JD. Parental Problem Recognition and Help-Seeking for Disruptive Behavior Disorders. *J Behav Health Serv Res*. 2020;47: 146-63.
<https://doi.org/10.1007/s11414-018-09648-y>
2. Mechanic D. Is The Prevalence Of Mental Disorders A Good Measure Of The Need For Services?. *Health Aff (Millwood)*. 2003;22(5): 8-20. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.5.8>
3. Sayal K, Taylor E. Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2004;54(502): 348-52.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266168/>
4. Martínez Farrero P. Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 2006;26(1):53-69.
5. Sawriker V, Diaz AM, Tully L, Hawes DJ, Moul C, Dadds MR. Bridging the gap between child mental health need and professional service utilisation: Examining the influence of mothers' parental attributions on professional help-seeking intentions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31: 239-51.
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01682-6>
6. Vera-Varela C, Manrique Mirón PC, Barrigón ML, Álvarez-García R, Portillo P, Chamorro J, et al. Low Level of Agreement Between Self-Report and Clinical Assessment of Passive Suicidal Ideation. *Arch Suicide Res Off J Int Acad Suicide Res*. 2022;26(4): 1895-910.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1945984>
7. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Worldwide Use of Mental Health Services for Anxiety, Mood, and Substance Disorders: Results from 17 Countries in the WHO World Mental Health(WMH). Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590): 841-50.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
8. Peiró S, Artells JJ, Meneu R. Identificación y priorización de actuaciones de mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit*. 2011;25(2): 95-105.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.005>
9. Déry J, Ruiz A, Routhier F, Bélanger V, Côté A, Ait-Kadi D, et al. A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. *Syst Rev*. 2020;9:227.
<https://doi.org/10.1186/s13643-020-01482-8>
10. McDonald P. Waiting lists and waiting times for health care in Canada: more management! more money?. Ottawa: Health Canada; 1998.
11. Boden MT, Smith CA, Kloczek JW, Trafton JA. Mental Health Treatment Quality, Access, and Satisfaction: Optimizing Staffing in an Era of Fiscal Accountability. *Psychiatr Serv* 2019;70(3): 168-75.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800229>
12. Rosenbaum S. Principles to Consider for the Implementation of a Community Health Needs Assessment Process. Washington D.C.: Department of Health Policy School of Public Health and Health Services; 2013.
13. World Health Organization R Ann, McClelland, Billingham K, University of Sheffield, Institute of General Practice & Primary Care, editors. Community health needs assessment an introductory guide for the family health nurse in Europe. Copenhagen: WHO; 2001.
14. Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. *Salud Pública México*. 2018;60(Supl.1): 23-30.
<https://doi.org/10.21149/9340>
15. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40(11): 1228-31.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>

16. Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991;12(7): 539-44.
[https://doi.org/10.1016/0197-0070\(91\)90084-Y](https://doi.org/10.1016/0197-0070(91)90084-Y)
17. Smith DH, Hadorn DC. Lining Up for Children's Mental Health Services: A Tool for Prioritizing Waiting Lists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(4): 367-76.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00007>
18. Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Autio V, Laukkanen E, Närhi P, Rantanen P. Transparent criteria for specialist level adolescent psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16: 260-70.
<https://doi.org/10.1007/s00787-006-0598-4>
19. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit*. 2020;34(Supl.1): 20-6.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
20. Freedman S, Thull-Freedman J, Lightbody T, Prinsie K, Wright B, Coulombe A, et al. Introducing an innovative model of acute paediatric mental health and addictions care to paediatric emergency departments: a protocol for a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open Qual*. 2020;9(4): e001106.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001106>
21. Cappelli M. The HEADS-ED: Review of a Mental Health Screening Tool for Pediatric Patients in the Emergency Department. *Psychiatr Times*. 2012;29(2): 14-5.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-3798>
22. Clark SE, Cloutier P, Polihronis C, Cappelli M. Evaluating the HEADS-ED Screening Tool in a Hospital-Based Mental Health and Addictions Central Referral Intake System: A Prospective Cohort Study. *Hosp Pediatr*. 2019;9(2): 107-14.
<https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0112>
23. Cawthorpe D, Wilkes TCR, Rahman A, Smith DH, Conner-Spady B, McGurran JJ, et al. Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(1): 18-26.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18392175/>
24. Kaltiala-Heino R, Bergman H, Työläjärvi M, Frisén L. Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther*. 2018;9: 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
25. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC, The Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract*. 2003;9(1): 23-31.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2753.2003.00377.x>
26. Clemente C, McGrath R, Stevenson C, Barnes J. Evaluation of a Waiting List Initiative in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(2): 98-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00386.x>
27. Campbell LA, Clark SE, Ayn C, Chorney J, Emberly D, MacDonald J, et al. The Choice and Partnership Approach to community mental health and addictions services: a realist-informed scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019;9(12): e033247.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033247>
28. Clemente C, McGrath R, Stevenson C, Barnes J. Evaluation of a Waiting List Initiative in a Child and Adolescent Mental Health Service. *Child Adolesc Ment Health*. 2006;11(2): 98-103.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00386.x>
29. Pérez Martínez DA, Puente Muñoz AI. La autorización previa para acceder al neurólogo desde atención primaria puede ser innecesaria: resultados de un estudio prospectivo y controlado. *Rev Neurol*. 2006;43(7): 388-92.
<https://doi.org/10.33588/rn.4307.2006219>
30. Bonis Sanz J, Gervas J, Simó J, Martín P. La función genuina de filtro del médico de atención primaria. *Rev Neurol*. 2007;44(3): 189-90.
<https://doi.org/10.33588/rn.4403.2006574>
31. Lora A, Lesage A, Pathare S, Levav I. Information for mental health systems: an instrument for policy-making and system service quality. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;26(4): 383-94.
<https://doi.org/10.1017/S2045796016000743>

32. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2017;28(2): 1-14.
<https://doi.org/10.1017/S2045796017000415>
33. Montagni I, Salvador-Carulla L, Mcdaid D, Straßmayr C, Endel F, Näätänen P, et al. The REFINEMENT Glossary of Terms: An International Terminology for Mental Health Systems Assessment. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res.* 2018;45: 342-51.
<https://doi.org/10.1007/s10488-017-0826-x>
34. Ala-Nikkola T, Pirkola S, Kaila M, Joffe G, Kontio R, Oranta O, et al. Identifying Local and Centralized Mental Health Services—The Development of a New Categorizing Variable. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6): 1131.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15061131>
35. Ala-Nikkola T, Sadeniemi M, Kaila M, Saarni S, Kontio R, Pirkola S, et al. How size matters: exploring the association between quality of mental health services and catchment area size. *BMC Psychiatry.* 2016;16: 289.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0992-5>
36. Thune Jørstad H. Preparticipation screening-the way forward is smart screening. *Neth Heart J Mon J Neth Soc Cardiol Neth Heart Found.* 2018;26: 120-2.
<https://doi.org/10.1007/s12471-018-1081-9>
37. van Bebbber J, Meijer RR, Wigman JT, Sytema S, Wunderink L. A Smart Screening Device for Patients with Mental Health Problems in Primary Health Care: Development and Pilot Study. *JMIR Ment Health.* 2018;5(2): e41.
<https://doi.org/10.2196/mental.9488>
38. Thune Jørstad H. Preparticipation screening-the way forward is smart screening. *Neth Heart J Mon J Neth Soc Cardiol Neth Heart Found.* 2018;26: 120-2.
<https://doi.org/10.1007/s12471-018-1081-9>
39. Henderson JL, Cheung A, Cleverley K, Chaim G, Moretti ME, de Oliveira C, et al. Integrated collaborative care teams to enhance service delivery to youth with mental health and substance use challenges: protocol for a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2017;7(2): e014080.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014080>
40. McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2022;21(1): 61-76.
<https://doi.org/10.1002/wps.20938>

ANEXOS

Anexo 1. HEADS-ED.

	0 No requiere ninguna acción	1 No requiere acción inmediata/ déficit de funcionamiento moderado	2 Requiere acción inmediata/grave déficit de funcionamiento
Entorno hogar-familia	0	1	2
Educación/empleo (participación y rendimiento)	0	1	2
Relación con iguales	0	1	2
Drogas y alcohol	0	1	2
Suicidabilidad	0	1	2
Alteración de emociones y comportamientos	0	1	2
Disponibilidad de recursos (tiene ayuda o estas esperando recibirla)	0	1	2

Anexo 2. WCWL y ponderación Canadiense y Finlandia.

42

WCWL	Gravedad/extensión				<i>El tratamiento psiquiátrico adolescente a nivel de especialista está indicado si:</i> 1. Se cumplen los criterios de diagnóstico para algún trastorno mental descrito en la clasificación de trastornos mentales Y 2. El joven obtiene una puntuación de 50 o más en lo siguiente:	
<i>Criterio</i>	<i>Para nada</i>	<i>Menor</i>	<i>Moderado</i>	<i>Grave</i>		
I. Síntomas y riesgos					25 puntos Síntomas o riesgos moderados o graves en al menos una de las preguntas del apartado I	Modelo Finlandes
1.- Peligro para uno mismo	0	1	2	10		
2.- Peligro para los demás	0	0	0	2		
3.- Síntomas psicóticos	0	2	7	11		
4.- Retraso en el progreso del desarrollo apropiado para la edad	0	0	1	1		
6.- Síntomas de internalización (es decir, depresión, ansiedad)	0	0	6	14		
7.- Síntomas de externalización/comportamiento disruptivo (como crueldad hacia los animales, prender fuego, comportamiento agresivo/de oposición)	0	0	2	4		
II Funcionamiento reducido					25 puntos Funcionamiento de moderado a grave en al menos una de las áreas presentadas en la sección II	
12.- problemas en la escuela	0	0	0	1		
13.- Deterioro del funcionamiento social/de amistades	0	0	1	1		
14.- Problemas en el contexto del hogar.	0	2	4	6		
5.- CGAS	>60; 0	51–60; 4	41–50; 8	<40; 12		
III Otros asuntos relevantes					10 puntos Al menos un ítem de la sección III se califica como severo	
15.- Funcionamiento familiar/factores que afectan al joven	0	0	1	1		
8.- Condiciones médicas comórbidas	0	1	2	2		
9.- Condiciones psiquiátricas comórbidas	0	0	2	6		
10.- Uso/uso indebido de sustancias nocivas	0	0	1	1		
16.- IV Pronóstico sin tratamiento psiquiátrico adolescente de nivel especializado	Bueno; 0	Moderado; 0	Regular; 2	Pobre; 11	40 puntos: Pobre 25 puntos: Regular	
17.- Grado de beneficio probable con el tratamiento	Bajo; 3	Moderado; 6	Alto; 9	Muy alto; 15		
11.- Severo trastorno mental en la familia	0 No presente; 1 No conocido si presente; 2 Presente					Modelo Canadiense

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría 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), también desarrolladas en los Uniform

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

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

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.