



Infanto-Juvenil

Volumen 42 • Número 1 • 2025

EDITORIAL

Nuevos Retos en la Atención a la Discapacidad Intelectual en Población Infantil y Juvenil

Ana Blázquez Hinojosa MD, PhD 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia en soporte emocional a través de grupos psicoterapéuticos de apoyo para madres de niños con Trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa

V. Bote, M. Ayats, J. Sánchez, J. Martínez M. Viñas, R. Medina y A. Hervás 3

Estudio epidemiológico de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área sanitaria de Santiago de Compostela: análisis evolutivo

M. R. Mondragón Vicente, L. Varela Reboiras, M. J. Sánchez Mayo y M. D. Domínguez Santos 12

Salud mental infantojuvenil en atención primaria en tiempos de COVID: ¿qué ha cambiado?

M. Vázquez-Sánchez, I. T. Bolsa-Ferrer, E. Pitarch-Roca, M. López-Campos M. C. Viñas-Viamonte y J. I. Labarta-Aizpú 28

CASO CLÍNICO

Síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS) en un adolescente en tratamiento por leucemia linfoblástica aguda de células B. A propósito de un caso

M. Dorado Fajardo, J. Molina Cabrerizo, C. E. Vence Morón, S. Jiménez Fernández, O. Herreros Rodríguez y F. Díaz Atienza 44

IN MEMORIAM

Dr. Josep Toro

L. Lázaro y J. Castro 51

NORMAS DE PUBLICACIÓN 53

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2025,42(1)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

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

Secretaría

Paloma Varela Casal

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

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesor asociado de Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, España.

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

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

Ernesto Cañabate

Clínica Dr. Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

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

Francisco Rafael de la Peña Olvera

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

Helena Romero Escobar

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

Iria Méndez Blanco

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, España.

Inmaculada Baeza Pertegaz

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

José Salavert Jiménez

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

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

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

Victor Carrión

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

Victor Pereira-Sánchez

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

INDIZADA EN:

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

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685. Secretaría Técnica AEPNYA
secretaria.tecnica@aepnya.org
Paseo Arco de Ladrillo 12, Local 2, 47007 Valladolid, España.

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

Ana Blázquez Hinojosa MD, PhD * 

Especialista en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Unidad de Referencia de TEA (URTEA). Coordinadora Unidad Funcional de TEA Eixample. Hospital Clínic. Barcelona. Doctora en Medicina, Universidad de Barcelona. Profesora Asociada, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, España

Correo: abhinojo@clinic.cat

Nuevos Retos en la Atención a la Discapacidad Intelectual en Población Infantil y Juvenil

La discapacidad intelectual (DI) se caracteriza por la presencia de problemas en las habilidades mentales generales, que provocan déficits cognitivos y adaptativos de distinta gravedad y con etiología múltiple. Se origina y manifiesta antes de los 18 años y puede asociarse a otros trastornos de neurodesarrollo o a problemas de salud física o mental. Es un trastorno plurietiológico, habitualmente de causa genética (1). Es frecuente que los pacientes con DI asocien otros problemas neurológicos que contribuyen de forma desfavorable a su evolución. Se describe su coexistencia con trastornos motores, epilepsia y/o alteraciones neurosensoriales. Además, existe una alta comorbilidad de patología psiquiátrica en la que por lo general los síntomas suelen pasar desapercibidos por atribuirse a la misma condición clínica lo que repercute en su correcto tratamiento con un mayor ingreso hospitalario, polifarmacia y conductas de riesgo que la población sin discapacidad intelectual. Entre los trastornos psiquiátricos más asociados a DI en la primera infancia encontramos los trastornos del espectro autista, los trastornos de conducta y ansiedad (2,3).

En los últimos 5 años, la población con discapacidad intelectual (DI) y trastornos del desarrollo ha crecido un 28% en Cataluña. Según datos recientes de un documento elaborado por Dincat y Granés Fundación: 86512 personas están diagnosticadas de DI, lo cual representa un 1,1% de la población catalana. Al analizar los datos por franjas de edad se observa que 4 de cada 10 personas afectas de DI son menores de 19 años (aproximadamente 32604 personas) (4). Desde los servicios de salud

mental en los últimos años hemos detectado sobretodo un incremento en la gravedad de la DI por diferentes factores: por una parte la comorbilidad psiquiátrica y médica asociada, por otra la complejidad social de los pacientes con tasas altas de familias en situación de vulnerabilidad social y en último lugar y no por ello menos importante, las dificultades del manejo de las alteraciones de conducta en domicilio aumentando los casos en que las familias renuncian a la tutela de los menores y buscan un tratamiento residencial temprano.

El aspecto más importante del tratamiento en todos los casos de DI es la detección precoz y la intervención temprana. Sin embargo, la realidad de la Atención Temprana en España es que en los últimos años se ha multiplicado por 10 el número de usuarios y se caracteriza por ser irregular, escasa y desigual su implantación, dependiendo de las diferentes normativas autonómicas, variando territorialmente elementos tales como la franja de edad de cobertura del servicio y las listas de espera. Mientras algunas comunidades apenas tienen lista de espera en otras el tiempo de espera medio puede ser de hasta 200 días (5).

A pesar de ello, en el momento actual son el mejor recurso para los pacientes con DI. El tratamiento en atención temprana pretende mejorar las habilidades cognitivas optimizando la funcionalidad en menores de 6 años y son dirigidas por equipos interdisciplinares compuestos por psicólogos, neuropediatras, logopedas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. Estos equipos ofrecen toda la estimulación que estos pacientes necesitan en una

2

ventana de oportunidad de tratamiento tan relevante como es la primera infancia.

Una vez estos pacientes reciben el alta de Atención Temprana el panorama se complica, ya que la atención a este colectivo también es muy dispar entre las diferentes comunidades. Considero que sería por ello imprescindible diseñar programas específicos de atención a este colectivo. Estos programas deberían estructurarse según el nivel de gravedad del paciente y la necesidad de intensidad en la atención. En un primer nivel de atención sería imprescindible realizar psicoeducación a familia y escuela sobre la DI, facilitando la participación de los pacientes en actividades de promoción de la salud y la adaptación en el entorno escolar. También debería darse apoyo psicológico a las familias y servicios de cuidado de relevo, ya que los padres y madres pueden sentirse agotados y aislados (6). En cuanto a terapias específicas, se debería dotar económicamente a los centros de salud mental infantil para que los pacientes pudieran continuar realizando si es necesario fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional. En un segundo nivel, para aquellos pacientes de gravedad moderada, deberían adaptarse las actividades y los espacios de los hospitales de día a las particularidades de este colectivo y debería de ponerse más apoyos a la familia en el domicilio y fuera del, siendo necesaria la creación de más servicios de *respiro* para familia, ya sea con familias voluntarias que acogen a los pacientes con DI en su casa, o servicios residenciales para estancias temporales. Estos servicios son escasos pero muy necesarios ya que han demostrado mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia proporcionándoles un tiempo de descanso. Por último, para aquellos pacientes con DI grave asociado a alteraciones de conducta sería necesario protocolos de hospitalización adaptados a sus necesidades, así como favorecer tanto las estancias temporales de relevo de cuidado como el acceso a plazas residenciales definitivas. Durante los últimos años, en Cataluña realidad en la que trabajo, se ha puesto de manifiesto que hay una larga lista de espera para acceder a este tipo de recurso, así como una falta de plazas. Desde los servicios de salud mental pública también creemos que para garantizar la protección del menor con DI y las familias deberían

de ponerse medios para aumentar el número de plazas residenciales disponibles.

Referencias

1. Katz G, Lazcano-Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex.* 2008;50(Suppl 2): S132-41. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342008000800005>
2. Totsika V, Liew A, Absoud M, Adnams C, Emerson E. Mental health problems in children with intellectual disability. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(6): 432-44. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00067-0)
3. des Portes V. Intellectual disability. *Handb Clin Neurol.* 2020;174: 113-26. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00009-0>
4. Dincat. Segon Informe de la situació de les persones amb discapacitat intel·lectual a Catalunya [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.dincat.cat/docs/2n-InformeDIDCAT.pdf>
5. Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. La atención temprana en España. Información autonómica. 2021 – 2022 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2023/11/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonomica-2021-2022.pdf>
6. Mestre TD, Lopes MJ, Mestre DM, Ferreira RF, Costa AP, Caldeira EV. Impact of family-centered care in families with children with intellectual disability: A systematic review. *Heliyon.* 2024;10(7): e28241. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28241>

Valentín Bote^{1*} 
Mireia Ayats¹ 
Javier Sánchez¹ 
Julia Martínez¹ 
Marina Viñas¹ 
Raquel Medina¹ 
Amaia Hervás¹ 

1. Hospital Universitario Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Valentín Bote
Correo: vbote@mutuaterrassa.cat

Experiencia en soporte emocional a través de grupos psicoterapéuticos de apoyo para madres de niños con Trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa

Experience in emotional support with supportive psychotherapy groups for mothers of children with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability at the University Hospital Mútua de Terrassa

RESUMEN

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) puede presentarse acompañado de comorbilidades que incrementan la severidad, siendo las alteraciones de conducta con crisis psicomotoras, conductas agresivas o autolesiones la principal causa de hospitalización. El manejo de las alteraciones de conducta que realizan los progenitores supone un gran desgaste emocional. Los cuidadores presentan índices elevados de ansiedad y sintomatología afectiva que afecta a su funcionamiento diario y al cuidado de los hijos. Muchos de ellos pierden familiares, amigos, puestos de trabajo, suponiendo esto un empeoramiento generalizado en su calidad de vida. **Objetivos:** Se diseñó una intervención grupal con el objetivo de crear una red de apoyo, aumentar el autocuidado y la autoestima de los progenitores de niños con TEA y discapacidad intelectual. **Material y métodos:** Se realizó un grupo psicoterapéutico de seis semanas en el que participaron nueve madres. Estos pacientes realizaban seguimiento en consultas externas del servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Se midió el estrés parental percibido antes y después de la intervención psicoterapéutica utilizando la Escala de Estrés Parental de Oronoz y col., así como el Cuestionario de Estrés Percibido. Se realizó un análisis descriptivo de datos sociodemográficos de

ABSTRACT

Background: Autism spectrum disorder (ASD) can be accompanied by comorbidities that increase its severity, with behavioral alterations, psychomotor crises, aggressive behavior or self-harm being the main causes of hospitalization. Parent's management of behavioral alterations can be emotionally exhausting. Caregivers present high rates of anxiety and affective symptoms that affect their daily functioning and the care of their children. Many of them lose family support, friends, jobs and face a general worsening of their quality of life. **Objectives:** A group intervention was designed with the aim of creating a support network and increase self-care and self-esteem of the parents of children with ASD and intellectual disability. A six-week psychotherapeutic group was held in which nine mothers of children with ASD and intellectual disability participated. These patients were monitored in outpatient clinics of the Child and Adolescent Mental Health service of the Mútua de Terrassa University Hospital. Perceived parental stress was measured before and after the psychotherapeutic intervention using the Parental Stress Scale by Oronoz et al., as well as the Perceived Stress Questionnaire. **Methods:** A descriptive analysis of the socio-biographical data of the families

4

las familias que participaron en el estudio, así como, análisis de los resultados pre y post intervención con el fin de ver la repercusión en el estado emocional de las madres. **Resultados:** Se objetiva una reducción de los sentimientos de soledad, falta de energía y cogniciones negativas del futuro, concluyendo que es fundamental crear estos espacios psicoterapéuticos.

Palabras clave: trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, grupo de psicoterapia, estrés emocional, terapia de familia.

INTRODUCCIÓN

Ser padres es un proceso que suele ir acompañado de gran ilusión, alegría y expectativas. Sin embargo, los niños y niñas con TEA tienen unas necesidades y desafíos diferentes respecto a las personas neurotípicas, lo cual puede conllevar a numerosos cambios en la dinámica familiar y en el entorno del sujeto (1).

El diagnóstico de TEA conlleva adaptar el día a día familiar a las necesidades y dificultades del menor, siendo esto cada vez más complejo dependiendo del grado de severidad y de la existencia o no de comorbilidad. Según los últimos estudios del CDC de Estados Unidos, se estima que la prevalencia del TEA es del 2,8%, teniendo en cuenta que el impacto del diagnóstico no solo repercute en los progenitores, sino también en los hermanos y familiares o cuidadores cercanos, nos podemos hacer una idea de la complejidad y necesidad de apoyo que el entorno del menor puede precisar.

Ante un diagnóstico de TEA del hijo/a, es habitual que los progenitores pasen por un proceso de duelo complejo con distintas fases no lineales (conocidas como negación, ira, negociación, depresión y aceptación) las cuales se entrelazan con la experiencia propia de cada una de las familias. En este proceso de adaptación complejo, disponer de redes de apoyo es un factor importante en la superación de las facetas del duelo para ir construyendo nuevas formas de interacción y comprensión (2).

Los niños y niñas con autismo se caracterizan por tener dificultades en la interacción y en la

that participated in the study was carried out and the pre- and post-intervention results were analyzed in order to see the group's impact on the emotional state of the mothers. **Results:** A reduction in feelings of loneliness, lack of energy and negative cognitions of the future was observed, concluding that it is essential to create psychotherapeutic spaces.

Keywords: Autism spectrum disorder, intellectual disability, group psychotherapy, family therapy, psychological distress.

comunicación, así como conductas estereotipadas e intereses restringidos según el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition-TR) (3). Además, tienen dificultades en la capacidad para identificar, regular y expresar las emociones. Las dificultades en la comunicación y en la regulación emocional, junto a la presencia de malestar físico, la existencia de discapacidad intelectual o de otro trastorno o sintomatología comórbida, puede desencadenar la presencia de conductas auto y/o heteroagresivas (4).

Estas peculiaridades y las situaciones que se generan como consecuencia de las mismas provocan estrés en los padres o cuidadores principales de estos pacientes y se asocia con frecuencia a cuadros de ansiedad y depresión (1). A esta situación se suma el hecho de que los padres de niños con TEA tienden a unos niveles menores de ocupación laboral y tienen menos ingresos respecto a otros padres con hijos sin ninguna limitación de salud (5). El conjunto de estos factores lleva a estas familias a una situación de elevada vulnerabilidad social y de desarrollo de patología mental, dificultando así el cuidado de sus hijos. Además, los padres o cuidadores de estos niños pueden tener otros problemas médicos, psicológicos o personales, que disminuyan su capacidad de dar soporte a sus hijos en momentos de crisis y ayudarles a regularse, incrementando el riesgo de que estos empeoren los problemas de conducta (6).

Concretamente, a partir de nuestra experiencia dentro del programa de visitas ambulatorias para niños con TEA y discapacidad intelectual del cual dispone nuestro hospital (Hospital Universitari

Mútua de Terrassa), hemos observado que en la mayoría de los casos son las madres las que acompañan a los hijos a las visitas y que muestran en muchas ocasiones clínica sub depresiva y ansiosa, sentimientos de soledad, aislamiento y ausencia de red de apoyo. Algunas de estas madres son atendidas en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA).

Sabemos que el apoyo a las familias bajo determinados programas específicos es efectivo para reducir el estrés y mejorar el bienestar de los cuidadores principales de niños con TEA, si bien no hay suficiente evidencia del mantenimiento del efecto a largo término (7).

Teniendo en cuenta además que los modelos de entrenamiento de cuidadores principales que utilizan estrategias conductuales son efectivos en reducir problemas de conducta de niños con TEA, es imprescindible reducir las barreras existentes en su implementación, incluyendo el estrés de los cuidadores, potenciando así la efectividad de estos entrenamientos y, por lo tanto, el bienestar y el cuidado tanto de los niños con TEA como de sus familias (8).

Existe múltiple literatura que señala la importancia y los beneficios de implementar programas de soporte a familias con niños con TEA y dificultades cognitivas (9), además de diversos programas en la literatura que son de ayuda para atender las necesidades emocionales de estas familias. Entre ellos se encuentran el programa de Capacitación en habilidades para cuidadores (CST) creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el apoyo de Autism Speaks. Este programa es gratuito y está basado en la evidencia, en el cual se enseña a los padres y cuidadores las habilidades diarias que necesitan para ayudar a sus hijos a alcanzar su máximo potencial. A los cuidadores se les enseña a utilizar el juego diario y las rutinas del hogar como oportunidades para desarrollar la comunicación, el compromiso, el comportamiento positivo y las habilidades de la vida diaria de sus hijos. Los padres y cuidadores también aprenden habilidades esenciales para la resolución de problemas y el cuidado personal para generar confianza, reducir el estrés y mejorar su bienestar general, todo mientras aprenden cómo apoyar mejor a sus hijos.

Por todo ello, consideramos que podría ser beneficioso para los familiares, de niños y adolescentes con TEA y discapacidad intelectual, realizar un grupo de psicoterapia que les sirviera para compartir experiencias y adquirir estrategias para aprender a gestionar los momentos de mayor dificultad con sus hijos, reduciendo así sus niveles de estrés y aumentando su bienestar. Específicamente, consideramos que es prioritario para las madres de estos niños y adolescentes, teniendo en cuenta, por un lado, que son ellas quienes dedican más tiempo al cuidado (10), asumiendo el rol de cuidadoras principales y, por otro, que la labor de cuidar a un hijo con discapacidad genera un impacto negativo en su vida, ya que acaban desatendiendo sus necesidades personales por suplir las del hijo (11).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un grupo de psicoterapia para madres de niños y adolescentes diagnosticados de TEA y de discapacidad intelectual atendidos por el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil del Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Fue un grupo piloto dado que era la primera vez que se realizaba una intervención grupal con madres centrado en el apoyo emocional en nuestro servicio de salud mental.

Los criterios de inclusión fueron: madres cuidadoras principales de pacientes con TEA y discapacidad intelectual en seguimiento en las consultas del servicio de psiquiatría infanto-juvenil de nuestro hospital, concretamente en seguimiento en el programa ambulatorio de atención a pacientes con TEA y discapacidad intelectual, y que mostraran interés y compromiso a acudir a las sesiones. Se excluyó a madres de pacientes que no llegaban a cumplir criterios diagnósticos de TEA y/o de discapacidad intelectual, a madres de pacientes que en ese momento no estuvieran en seguimiento en el programa ambulatorio de atención a pacientes con TEA y discapacidad, así como también a madres que no se podían comprometer a acudir a las sesiones. Se incluyó únicamente a las madres ya que en todos los casos eran las principales cuidadoras de los menores.

En cuanto a las madres que cumplían con los criterios de inclusión, se les informaba sobre el

6

grupo psicoterapéutico, ya fuera mediante llamada telefónica o de forma presencial en el contexto de una visita de seguimiento en el programa ambulatorio mencionado. Finalmente, el grupo resultó formado por nueve madres de siete niños y dos niñas con diagnóstico de TEA y discapacidad intelectual moderada y grave.

Se recogieron las siguientes variables sociodemográficas: edad de las madres y de los niños, diagnósticos clínicos de los niños, antecedentes de salud mental en las madres, situación laboral de las madres, unidad de convivencia y si la madre había sufrido violencia de género.

A las madres se les administró el Cuestionario de Estrés y familias de personas con TEA, que consta de 25 ítems adaptados de la Escala de Estrés Parental (10), que se utiliza para medir el estrés percibido reactivo a situaciones vitales estresantes, vida social y dinámica familiar. Se trata de una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (desde *muy de acuerdo* a *nada de acuerdo*), que mide diferentes aspectos asociados al estrés percibido. Para el presente estudio se consideraron prioritarios algunos ítems representativos de diferentes aspectos asociados al estrés parental, los cuales miden la fusión madre-hijo (“no hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a, familiar, si fuera necesario”, ítem 2), la sobreimplicación y los límites (“atender a mi familiar con TEA a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo”, ítem 3), satisfacción y optimismo (“tener un familiar con TEA me da una visión más certera y optimista para el futuro”, ítem 8), el autocuidado (“tener un familiar con TEA deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida”, ítem 10), el subsistema conyugal (“el cuidado de mi hijo/a ha supuesto dedicar menos tiempo a mi pareja”, ítem 19), vida social (“el tener a mi hijo/a ha supuesto una reducción notable de mis relaciones sociales”, ítem 23), y el rechazo desde la sociedad (“el tener a mi hijo/a ha supuesto rechazo en algunas ocasiones por parte de vecinos”, ítem 25).

Se administró también el Cuestionario de Estrés Percibido de Sanz-Carrillo C, adaptación española del Perceived Stress Questionnaire de Levenstein S. (12), formado por 30 ítems que evalúan las dimensiones de cogniciones negativas sobre el futuro y los sentimientos de soledad y mide la calidad de

vida relacionada con la salud percibida. Se utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (desde *casi nunca* a *casi siempre*) para evaluar seis factores: Tensión-Inestabilidad-Fatiga; Aceptación Social de Conflictos; Energía y Diversión; Sobrecarga; Satisfacción para autorrealización; Miedo y ansiedad. Para cada ítem se pide una respuesta en relación a los últimos 1-2 años y una respuesta en relación al último mes. En el presente estudio se consideraron algunos ítems potencialmente más relacionados con el estrés de tipo parental. Estos fueron los que miden el agotamiento emocional (“siente que se le hacen demasiadas peticiones”, ítem 2; “se siente agotado mentalmente”, ítem 26), el aislamiento (“se siente solo o aislado”, ítem 5), los miedos (“tiene miedo al futuro”, ítem 22) y el autocuidado (“tiene tiempo suficiente para usted”, ítem 29).

Los dos instrumentos se administraron dos veces: antes de empezar la intervención grupal y al finalizarla. Posteriormente, se realizó una intervención terapéutica mediante un grupo de psicoterapia de 6 sesiones semanales de una hora y media de duración, dirigidas por dos terapeutas y en un formato semi-estructurado. Las madres participantes se comprometían a mantener unas normas básicas de funcionamiento de grupo (respeto, confidencialidad, asistencia, puntualidad) que se les presentaban en la primera sesión.

El objetivo general de la intervención fue disminuir el estrés percibido en las madres y aumentar su calidad de vida y la de los pacientes. Los objetivos concretos fueron: creación de una red social de apoyos, potenciar la autoestima y el autocuidado como madre, potenciar la aceptación de las características del hijo/a y potenciar cogniciones positivas y realistas en cuanto al futuro.

Para conseguir estos objetivos, a lo largo de las sesiones se trabajaron diferentes temas tales como la vivencia del diagnóstico, la soledad, los límites y la sobreimplicación, el duelo por el hijo imaginado, el subsistema conyugal, las expectativas y miedo en cuanto al futuro.

Las sesiones se configuraban como parcialmente estructuradas. Para cada una de las sesiones, en una primera parte las terapeutas presentaban un tema a tratar junto con algunas informaciones y propuestas a nivel psicoeducativo. Había una segunda parte,

más amplia, centrada en la parte de discusión donde las participantes de forma voluntaria podían hacer comentarios sobre sus propias vivencias en relación a ese tema, dar apoyo verbal a otras participantes o plantear preguntas a todo el grupo en general o a las terapeutas. En la última parte se practicaban distintas estrategias de autorregulación (tales como ejercicios de respiración) y se concluía la sesión destacando algunas de las ideas trabajadas y aportaciones de las madres.

El rol de las terapeutas era doble. Por un lado, sus intervenciones incluían el realizar psicoeducación sobre las características del trastorno, potenciar habilidades de parentalidad positiva, así como estrategias de autorregulación. Por el otro, se encargaban de crear y mantener un ambiente seguro caracterizado por el respeto y el apoyo emocional entre el grupo, poniendo en todo momento a las madres en el centro, y a partir del cual se sentían suficientemente cómodas y validadas como para intervenir ya fuera comentando sobre sus vivencias en relación a su hijo/a, sobre sus propios cambios percibidos o dando algún comentario de apoyo a otras madres del grupo. Para poder mantener un ambiente de respeto era imprescindible el reconducir cada una de las intervenciones que no fueran pertinentes, bien por no respetar las normas del grupo, bien por excederse en tiempo de intervención o en comentarios de queja sobre la propia situación personal dificultando así el enfoque constructivo, de apoyo mutuo y de motivación al cambio que pretende conseguir el grupo.

RESULTADOS

La muestra estuvo formada por nueve madres, las cuales tenían una media de edad de 40,7 años. El 100% de las madres se encontraban desempleadas y dedicando la mayor parte del día a la labor no remunerada de cuidar de sus hijos con TEA y discapacidad intelectual. Dos de ellas (22,2%) además se ocupaban de cuidar también a otro familiar con trastorno mental y en situación de dependencia. En cuanto a antecedentes de salud mental en las madres, cuatro de las madres (44,4%) eran atendidas en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), por depresión y/o ansiedad en tres

de los casos y por trastorno obsesivo-compulsivo en el otro caso, con seguimiento de psicoterapia y/o tratamiento farmacológico. Además, había un caso de consanguinidad de segundo grado entre los progenitores. Dos de las madres (22,2%) habían sufrido violencia de género por parte del padre del hijo/a.

En cuanto a los niños, su edad estaba comprendida entre 6 y 11 años (exceptuando un chico de 17), con una media de edad de 8,7 años. Los diagnósticos de los niños eran en todos los casos de TEA sin lenguaje funcional y con discapacidad intelectual moderada, excepto en uno de ellos en que la discapacidad intelectual era severa y el cual tenía también síndrome genético de Phelan Mc Dermid. De los casos con discapacidad intelectual moderada, había uno con síndrome de Pierre Rodin y epilepsia (con convulsiones febriles atípicas). Tres de los casos (33,3%) del total de la muestra tenían comorbilidad psiquiátrica con trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otro con desregulación emocional.

En relación a la unidad de convivencia, cuatro de los niños (44,4%) convivían con los dos progenitores y no tenían hermanos/as; tres (33,3%) convivían con los dos progenitores y con un hermano o una hermana; uno (11,1%) vivía habitualmente con la madre la cual tenía la custodia; y otro (11,1%) con la madre o el padre a semanas alternas (custodia compartida) y con una hermana.

Los resultados de los cuestionarios administrados después de la intervención mostraron una disminución del malestar en tres de las áreas estudiadas que fueron: falta de energía (previa: 80%; post-intervención: 55%), sentimientos de soledad (previa: 65%; post: 20%) y cogniciones negativas sobre el futuro (previa: 75%; post: 25%) (Ver [Figura 1](#)). Existe un amplio consenso en que son tres áreas implicadas tanto en el constructo de estrés parental como en el de calidad de vida (1; 10). Teniendo en cuenta además los objetivos de nuestra intervención (crear una red de apoyo y aumentar el autocuidado y la autoestima de los progenitores), podemos concluir que la reducción en la falta de energía, los sentimientos de soledad y las cogniciones negativas sobre el futuro son indicadores clave del éxito de la intervención.

Se analizaron las diferencias pre-post con la prueba no paramétrica Test de los Rangos con

8

Signos de Wilcoxon, la cual reveló una reducción estadísticamente significativa en la falta de energía, los sentimientos de soledad y las cogniciones negativas sobre el futuro después de la psicoterapia grupal, $z=-3,00$, $p<,003$, con un efecto de tamaño grande ($r=.71$). El análisis se ha realizado con el programa SPSS.

DISCUSIÓN

Existen numerosas evidencias de que los grupos psicoterapéuticos para padres pueden ayudar a la mejoría de los pacientes con TEA (13, 14, 15, 16). Al igual que nuestro estudio objetiva una reducción de los sentimientos de soledad, la falta de energía y las cogniciones negativas sobre el futuro en las madres. Se ha demostrado que aquellos grupos en los que se trabaja la tolerancia al estrés, el reconocimiento de emociones o estrategias de regulación emocional, producen mejoría en la interacción social y en las alteraciones de conducta de los niños con autismo (17).

En los grupos se pueden trabajar habilidades de comunicación directa (como por ejemplo, dar instrucciones) o indirectas (explicar por qué hacer determinadas cosas es importante), búsqueda de

apoyos (tener cada uno su propio terapeuta, pedir ayuda a familiares y/o amigos...), estrategias de afrontamiento (anticipar al paciente las actividades a realizar, utilización de reforzadores a la hora de realizar actividades displacenteras...), estrategias de aceptación (aprender a reconocer las necesidades físicas y psicológicas del paciente) y adaptativas (técnicas de relajación para lidiar con las situaciones fuera de control o recolocar expectativas) (15).

A la hora de enseñar a los progenitores y cuidadores estrategias de afrontamiento, hay que tener en cuenta que las estrategias de afrontamiento pasivas o desadaptativas, como la evitación emocional (suprimir o negar las propias emociones) o la regresión agresiva (dirigir la ira hacia un objeto, los demás o uno mismo), suelen ser utilizadas por las personas que están sometidas a altos niveles de estrés y, como consecuencia de su utilización, pueden surgir sentimientos de desesperanza o aislamiento que perpetúan la situación (10). En cambio, las estrategias de afrontamiento activas como la reevaluación positiva (darle a la situación problema un nuevo significado) mejoran la calidad de vida de estos cuidadores (10).

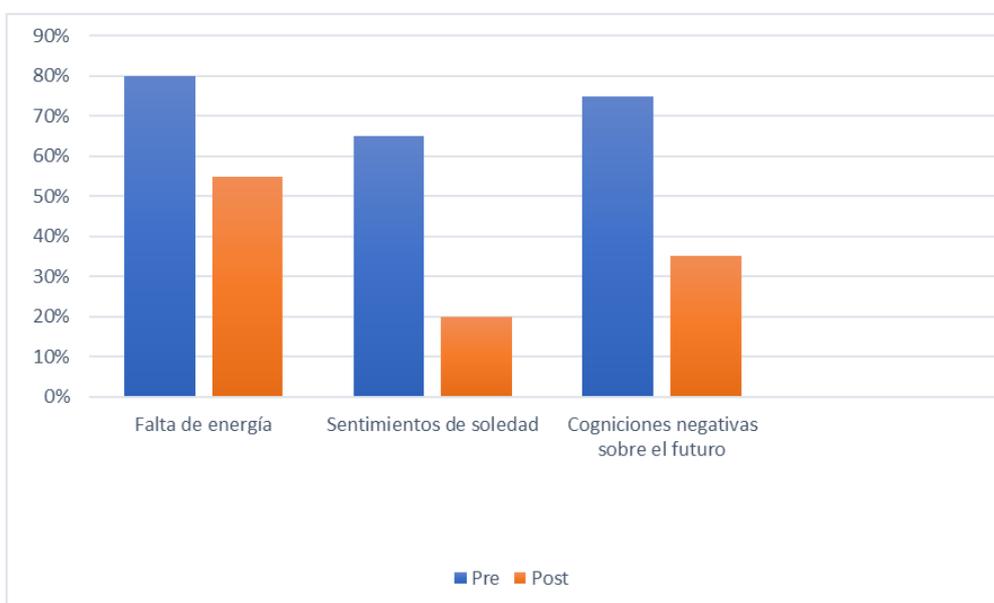


Figura 1. Niveles de falta de energía, sentimientos de soledad y cogniciones negativas sobre el futuro en madres de pacientes con TEA y discapacidad intelectual antes y después de realizar la intervención psicoterapéutica. Con una $p<,003$, y un tamaño de efecto grande ($r=.71$).

Una de las intervenciones que se puede realizar en dicho grupo es el apoyo al comportamiento positivo basado en la atención plena (Mindfulness-Based Positive Behavior Support - MBPBS), que ha demostrado ser eficaz para aumentar la capacidad de respuesta de los niños a las solicitudes de los cuidadores y disminuir las conductas desafiantes (6). Otra podría ser el *Triple P Stepping Stone Positive Parenting Program*, que consiste en una intervención de 9 semanas en la que se les enseña a los cuidadores habilidades y estrategias de regulación emocional, con la intención de prevenir y/o tratar problemas emocionales y conductuales en niños y adolescentes (18). También es importante crear espacios en los que los progenitores de niños con autismo puedan expresar sus miedos, dificultades y preocupaciones y realizar simulaciones de aquellas situaciones que les generan mayor estrés. Así como realizar psicoeducación sobre el trastorno y dar información sobre asociaciones, grupos de apoyo o actividades disponibles para este tipo de pacientes (14, 19).

Es fundamental que los progenitores se sientan acompañados por un profesional sanitario especializado desde el diagnóstico de TEA, pues se ha demostrado que el período de mayor estrés parental se engloba desde el momento del diagnóstico hasta que acuden por primera vez a consultas en salud mental (14).

Todas estas intervenciones destinadas a apoyar y enseñar estrategias de afrontamiento para los cuidadores y/o familiares de las personas TEA sirven para ayudar en el proceso de enfermedad de este tipo de pacientes y mejorar la calidad de vida de estos y sus familias (10, 14, 19). A pesar de ser todas ellas útiles, la intervención grupal descrita en el presente artículo se quiso centrar en la disminución del estrés emocional de las madres, así como el aumento de su bienestar y de su red de apoyo por encima del aprendizaje de habilidades concretas, teniendo en cuenta que es escasa la literatura sobre intervenciones grupales dirigidas exclusivamente a madres y centradas en estos objetivos.

CONCLUSIONES

Los grupos psicoterapéuticos para madres son una herramienta efectiva en el tratamiento de los

pacientes con TEA que permiten reducir el estrés emocional mediante la adquisición de recursos para saber gestionar mejor a los pacientes con TEA, aumentando la calidad de vida de estos y de sus familiares. Por ello y teniendo en cuenta que en numerosas ocasiones son las madres quienes asumen el rol de cuidadoras principales, consideramos necesario crear espacios de psicoterapia para madres con el objetivo de realizar un abordaje integral que incluya a las cuidadoras principales de los pacientes con este tipo de trastorno. Centrar las intervenciones en el bienestar de las madres se convierte en un factor decisivo para mejorar el cuidado de los niños/as.

Más necesario aún es que existan estos espacios de psicoterapia cuando los pacientes presentan una discapacidad intelectual comórbida al TEA, lo que añade más severidad del trastorno y un incremento del desgaste emocional que sufren las cuidadoras principales. Es imperativo ayudarles a mejorar su calidad de vida y a mejorar sus habilidades parentales.

Uno de los puntos fuertes de nuestro estudio es que visibiliza dicha necesidad de que existan espacios de soporte emocional para las madres que tienen hijos con TEA y discapacidad intelectual. En este sentido, puede servir como modelo para otros servicios de salud mental en contextos similares. El desarrollo de abordajes psicoterapéuticos grupales de apoyo como el nuestro en todo el territorio aseguraría el poder ofrecer a estas madres el apoyo emocional que tanto necesitan. Nuestro estudio ejemplifica, además, la necesaria colaboración entre los servicios de salud mental infanto-juveniles y los servicios de adultos, puesto que la intervención se centra en las madres a pesar de realizarse desde el servicio de infanto-juvenil.

LIMITACIONES

Como limitaciones en nuestro estudio podemos señalar varios. En primer lugar, el tamaño muestral pequeño, esto es debido a que priorizamos la calidad de los grupos y seleccionamos un grupo de madres con criterios estrictos y que requieren de compromiso para acudir a las sesiones. Sería necesario realizar de nuevo la presente intervención grupal con nuevos grupos de madres y así poder aumentar el tamaño muestral con el total de las muestras de los grupos. En

segundo lugar, el análisis de datos y los datos extraídos fueron muy limitados, fruto de no considerarse en su momento realizar un análisis completo por ser un primer grupo piloto en el que se puso en primer plano la percepción subjetiva de cambio de las madres por encima de datos objetivables. Sería necesario para las siguientes intervenciones grupales un análisis estadístico más exhaustivo de los resultados de los cuestionarios. Entre otros, sería interesante controlar las variables grado de severidad del TEA y grado de severidad de la discapacidad intelectual, viendo su posible relación con el grado de estrés parental antes y después de la intervención. Así como también analizar las posibles correlaciones entre las variables sociodemográficas recogidas y el grado de estrés parental pre y post. Además de las medidas recogidas, se propone añadir una medida de evolución clínica de los niños/as al finalizar la intervención grupal con las madres, y así poder analizar la supuesta relación entre la disminución del estrés parental y la mejora clínica de los hijos/as.

Una tercera limitación del estudio es la falta de una medida de perdurabilidad de los efectos de la intervención; en este sentido, se propone repetir la administración de los cuestionarios a los tres meses y a los seis meses de la intervención para nuevas intervenciones que se realicen.

Además, se cree conveniente seguir realizando análisis y estudios de resultados de grupos similares a este con el fin de poder llegar a conclusiones más sólidas que nos señalen los elementos más beneficiosos para las familias.

CONTRIBUCIONES

Valentín Bote, Raquel Medina, Javier Sánchez, Amaia Hervás: organización en el desarrollo del artículo, búsqueda bibliográfica, análisis de datos y redacción de la introducción junto a la parte teórica del TEA y su comorbilidad. Mireia Ayats: Descripción de la intervención terapéutica, objetivos y estructura de las sesiones dentro de "Material y métodos". Análisis de datos. Redacción de parte del abstract y de parte de las conclusiones y limitaciones. Revisión del texto completo. Marina Viñas y Júlia Martínez: Diseño de la intervención, dinamización del grupo terapéutico,

Experiencia en soporte emocional a través de grupos psicoterapéuticos de apoyo para madres de niños con Trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v42n1a2>

administración de cuestionarios y análisis de datos. Revisión del texto completo.

FINANCIACIÓN

El trabajo no recibió financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos profesionales y cuidadores que han participado en esta experiencia tan enriquecedora y necesaria para mejorar el bienestar de las familias y de los menores con autismo.

REFERENCIAS

1. Durán M, García-Fernández M, Fernández JC, Sanjurjo B. Coping, parental stress and quality of life of primary caregivers of people with ASD. *R Est Inv Psico y Educ.* 2016 Jun. 30;3(1): 60-8. <https://doi.org/10.17979/reipe.2016.3.1.1749>
2. Alibekova R, Kai Chan C, Crape B, Kadyrzhanuly K, Gusmanov A, An S, et al. Stress, anxiety and depression in parents of children with autism spectrum disorders in Kazakhstan: prevalence and associated factors. *Glob Ment Health.* 2022;9: 472-82. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.51>
3. American Psychiatric Association [APA]. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
4. Kulasinghe K, Whittingham K, Mitchell AE, Boyd RN. Psychological interventions targeting mental health and the mother-child relationship in autism: Systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2023 Mar;65(3): 329-45. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15432>
5. Cidav Z, Marcus SC, Mandell DS. Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics.* 2012 Apr;129(4): 617-23. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2700>

6. Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed MA, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res.* 2002 Mar;52(3): 167-72. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00275-6)
7. Bradshaw J, Wolfe K, Hock R, Scopano L. Advances in Supporting Parents in Interventions for Autism Spectrum Disorder. *Pediatr Clin North Am.* 2022 Aug;69(4): 645-56. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.04.002>
8. Mahmoud HK, Mourad GM, Zaki RA, Mohammed HS. Effect of counselling intervention on stress and expressed emotions among family caregivers of children with autism. *J Med Life.* 2023 Nov;16(11): 1646-51. <https://doi.org/10.25122/jml-2023-0261>
9. Martínez Martín M. Ángeles, Bilbao León M. Cruz. Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosoc Interv.* 2008;17(2): 215-30. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200009&lng=en
10. Cantillo CG, Reyes-Ruiz L. Aspects that impact the life of the caring mothers of children in disability situation: an approximation and review [Internet]. *Edu.co.* [citado el 22 de febrero de 2025]. <https://bonga.unisimon.edu.co/server/api/core/bitstreams/14c44392-0cb5-4bf6-8c79-5198ee9c5ec4/content>
11. Berry J, Jones W. The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *J Soc Pers Relat.* 1995;12(3): 463-72. <https://www.corc.uk.net/media/2764/parent-stress-scale-fillable-pdf.pdf>
12. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, et al. Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *J Psychosom Res.* 1993;37(1): 19-32. [http://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](http://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
13. Hervás A. Desregulación emocional y trastornos del espectro autista. *Rev Neurol.* 2017; 64(supl 1):17-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5986457>
14. Singh NN, Lancioni GE, Medvedev ON, Hwang YS, Myers RE. A Component Analysis of the Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) Program for Mindful Parenting by Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *Mindfulness (N Y).* 2021;12(2): 463-75. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01376-9>
15. Rivard M, Terroux A, Parent-Boursier C, Mercier C. Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014 Jul;44(7): 1609-20. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2028-z>
16. Chin WC, Chang HL, Chao KY. Exploring Coping Strategies of Parents of Children With Autism Spectrum Disorder in Taiwan: A Qualitative Study. *J Nurs Res.* 2023 Jun 1;31(3): e278. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000553>
17. Hendrix NM, Pickard KE, Binion GE, Kushner E. A systematic review of emotion regulation in parent-mediated interventions for autism spectrum disorder. *Front Psychiatry.* 2022 Sep 23;13: 846286. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.846286>
18. Kasperzack D, Schrott B, Mingeback T, Becker K, Burghardt R, Kamp-Becker I. Effectiveness of the Stepping Stones Triple P group parenting program in reducing comorbid behavioral problems in children with autism. *Autism.* 2020 Feb;24(2):423-36. <https://doi.org/10.1177/1362361319866063>
19. Hervás A, Rueda I. Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2018; 66 (Supl 1): S31-8. <https://www.svnps.org/documentos/alter-autista.pdf>

M. R. Mondragón Vicente ¹ * 
L. Varela Reboiras ² 
M. J. Sánchez Mayo ³ 
M. D. Domínguez Santos ⁴ 

1 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

2 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

3 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

4 Colaboradora externa del Grupo GI-1307. Psiquiatría clínica social y Psicoterapia (4546), Departamento de Psiquiatría, Universidad de Medicina de Santiago de Compostela, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

M^a Rita Mondragón Vicente

Correo: maria.rita.mondragon.vicente@sergas.es

Estudio epidemiológico de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área sanitaria de Santiago de Compostela: análisis evolutivo

Epidemiological study of the Childhood and Adolescent Mental Health Unit of the health area of Santiago de Compostela: evolutionary analysis

RESUMEN

Introducción: El incremento en la demanda asistencial en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA) del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) ha sido una constante. Pero en los últimos años este aumento ha sido mucho más significativo, por lo que en este trabajo presentamos los datos de un estudio evolutivo. **Objetivo:** Analizar la evolución de la demanda y describir las características de los usuarios, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, de una muestra de pacientes de nuestra USMIA, recogida entre los años 2019-2022 y compararla con los resultados de las memorias de la Unidad. **Material y Método:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo y de análisis estadístico entre dos períodos de tiempo. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, de una muestra de 303 pacientes. **Resultados:** Se constata un incremento notable de la demanda, un aumento en el nivel de estudios de los progenitores, disminución de los pacientes que proceden del hábitat rural y disminución de las familias nucleares. A nivel clínico, han aumentado los diagnósticos de

ABSTRACT

Introduction: The increase in demand for care in the Childhood and Adolescent Mental Health Unit (CAMHU) of the University Hospital of Santiago de Compostela (UHSC) has been a constant. But in recent years this increase has been much more significant, which is why in this work we present data from an evolutionary study. **Objective:** Analyze the evolution of demand and describe the characteristics of the users, with respect to sociodemographic and clinical variables, of a sample of patients from our CAMHU, collected between the years 2019-2022 and compare it with the results of the Unit's reports. **Material and Method:** This is a descriptive epidemiological study and statistical analysis between two time periods. Sociodemographic and clinical variables were analyzed from a sample of 303 patients. **Results:** There is a notable increase in demand, an increase in the educational level of parents, a decrease in patients who come from rural areas and a decrease in nuclear families. At a clinical level, diagnoses of attention deficit hyperactivity disorder, neurotic and

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos neuróticos y afectivos, al mismo tiempo que disminuyen los pacientes sin patología psiquiátrica. Se han incrementado los pacientes que reciben tratamiento farmacológico y el número de sesiones consumidas. **Conclusiones:** Encontramos un notable incremento de la demanda asistencial en los últimos 3 años. Obtenemos diferencias significativas en el perfil de los pacientes.

Palabras clave: análisis de la demanda, salud mental, infancia y adolescencia, psiquiatría infantil.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la demanda de atención en la USMIA de Santiago de Compostela, se ha incrementado notablemente (1-3).

Varios estudios publicados reflejan esta tendencia creciente en la prevalencia de los trastornos mentales en niños y jóvenes a lo largo del tiempo (4-10). El estudio realizado por Cybulski et al. (8) en Reino Unido en el período 2003-2018 refleja un aumento en el número de jóvenes que buscan ayuda psicológica. Los cambios en los criterios diagnósticos, la reducción del estigma y el aumento de la concienciación pueden explicar en parte sus resultados. Una revisión sistemática realizada en Europa entre los años 2015 y 2020 establece una tasa de prevalencia de los trastornos mentales en Europa del 15,5% entre los niños de 15 a 18 años (10).

Se estima que un 70% de las patologías psiquiátricas presentes en la edad adulta se inicia antes de los 18 años (11) y el 50% lo hace antes de los 14, si bien la mitad de ellos permanece sin diagnosticar y, por tanto, sin tratamiento (6). Un 30% de los menores de 16 años que solicitan atención por parte de su pediatra aquejados por cuestiones somáticas presentan en realidad un trastorno mental, pero menos de la mitad serán finalmente derivados a unidades específicas (6). Asimismo, algunos estudios estiman que mucha patología mental en menores de 18 años y especialmente los Trastornos del

affective disorders have increased, while patients without psychiatric pathology have decreased. The number of patients receiving pharmacological treatment and the number of sessions consumed have increased. **Conclusions:** We found a notable increase in the demand for care in the last 3 years. We obtain significant differences in the profile of the patients.

Keywords: Analysis of demand, mental health, childhood and adolescence, child psychiatry.

Neurodesarrollo permanecen infradiagnosticados (12-14). Como consecuencia, los niños que no han sido diagnosticados tienen más probabilidades de sufrir problemas emocionales y de conducta, baja autoestima, rendimiento académico inferior al esperado, dificultades en las relaciones sociales, desempleo, conducta delictiva y deterioro funcional (12).

Si antes de la pandemia ya se estimaba que en torno al 10% de los niños y 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales, con consecuencias que se pueden prolongar a lo largo de toda su vida (10), en la actualidad, los adolescentes presentan más ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. Así lo ha constatado el Grupo de Trabajo Multidisciplinar de la Asociación Española de Pediatría sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia (13). En una fase posterior a la pandemia se produjo un incremento de hasta un 47% en los trastornos de salud mental de los niños, y hasta un 59% en los comportamientos suicidas, comparando con los datos de 2019. Durante el año 2020, se suicidaron en España 14 chicos/as menores de 15 años, el doble que el año anterior (14).

Estudios originales realizados en España también reflejan este fenómeno. Lombardia y cols., realizaron un estudio comparativo pre-pandemia 2019 y pandemia 2020-22, a partir de los registros de actividad y observaron que la demanda de salud mental de los jóvenes, se había disparado un 30%, destacando el incremento de casos nuevos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los

intentos autolíticos, así como la llegada de primeras visitas desde los servicios de urgencia (9). Otros estudios también confirman que esta demanda global de atención a la salud mental no solo aumentó a nivel ambulatorio sino también en el ámbito hospitalario (15,16).

A la vista está que los trastornos psiquiátricos en la edad infanto-juvenil suponen un reto para el sistema sanitario. En nuestro país es muy reciente la especialidad específica en psiquiatría infanto-juvenil, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa. (17). El Plan de Salud Mental de Galicia poscovid-19 (18) aboga por la prevención a todos los niveles, además de defender la necesidad de aumentar los recursos asistenciales (incremento de los recursos humanos, de la formación de los profesionales y mejora de las infraestructuras), así como de mejorar los protocolos y la coordinación con otros servicios hospitalarios y con Atención Primaria.

Nuestra USMIA forma parte del servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. La formación de la Unidad comenzó a fraguarse en el año 1973 y empezó a funcionar como tal en 1978 (1,2). Está estructurada en tres vertientes: consultas externas, planta de hospitalización y hospital de día de Psiquiatría Infantil. La planta de hospitalización cuenta con 7 camas y hasta el año 2023, se trataba de una unidad de referencia, donde se derivan pacientes desde diferentes partes de la comunidad autónoma. La Unidad de consultas externas está constituida por un equipo multidisciplinar, integrada por 3 psiquiatras, 3 psicólogos, una enfermera especialista en salud mental, una técnica en cuidados de enfermería y una administrativa. Esta unidad debe dar cabida a toda la población menor de 16 años del área sanitaria, es decir, a un total de 61.602 habitantes (diciembre del 2019).

Desde julio de 1990 se pone en marcha el Sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia y desde entonces el análisis de la evolución de la demanda en nuestra Unidad ha sido una constante (1-3). Hemos pasado de recibir una media de 312 pacientes anuales en el período que va del 2000 al

2012 a recibir una media de 753 en el periodo 2013-2018 (3).

Este trabajo pretende la descripción de los niños y adolescentes nuevos vistos en consultas externas de la USMIA del Área Sanitaria de Santiago de Compostela, durante un período de 3 años (desde junio 2019 a noviembre de 2022), cuantificar la demanda, describir las variables sociodemográficas y clínicas y analizar su evolución realizando una comparación con los datos de los registros del periodo 2013-2018. Nuestra hipótesis de partida es que se ha producido un incremento importante en la demanda asistencial, unido a un cambio en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de nuestra USMIA.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la evolución de la demanda y describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes nuevos que consultaron durante un período de 3 años (junio de 2019 a noviembre de 2022) en consultas externas de la USMIA del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Y en un segundo momento ver si existen diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas de nuestro estudio respecto de los datos de registro de la Unidad del periodo 2013-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico realizado entre 2019 y 2022. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó un análisis estadístico de comparaciones entre las variables recogidas en dos bases de datos (la creada para este estudio y otra perteneciente a estudios previos).

En primer lugar, se realizó una lectura descriptiva de la demanda en este periodo, lo que nos permitió una mayor comprensión de las características a evaluar.

En segundo lugar, para realizar el análisis descriptivo, se creó un Sistema de Registro de Casos para lo cual se accedió a las historias clínicas de los pacientes que acudieron a primeras consultas externa

de nuestra USMIA durante el período de 3 años y se cumplieron los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas.

Por otro lado, utilizamos una base de datos anonimizados del período 2013-18, recogida de las memorias del servicio.

Finalmente se llevó a cabo una comparación entre las dos fuentes de datos. La metodología de captación de pacientes fue similar y sus poblaciones son homogéneas, aunque el tamaño de la “n” es mayor en la base de datos previa.

Para realizar las comparaciones y análisis estadísticos, fusionamos aquellas variables coincidentes y creamos para ello una nueva variable que denominamos “grupo de estudio”. Las variables coincidentes a tener en cuenta en análisis comparativos fueron las siguientes: género, edad, hábitat, diagnósticos, evolución y retención.

Esto nos permitió estudiar la evolución de la demanda en los últimos años, analizando los cambios en el perfil de los pacientes y el nivel de significación estadística de los mismos.

Población objetivo de estudio

Los pacientes objeto de este estudio, son derivados fundamentalmente desde las Unidades de Atención Primaria del distrito y en menor medida, de la Atención Especializada.

La muestra de estudio fue 303 pacientes, extraída de la población de niños y jóvenes de 0 a 16 años, incluidos en Registro de Casos que fueron tratados en la USMIA del CHUS, en el periodo que va desde junio del 2019 a noviembre de 2022.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (19) a 31/1/2019 la población de nuestra Área Sanitaria, menor de 16 años, es de 61.602 habitantes.

Con el fin de poder evaluar altas, abandonos y retornos, se han tomado casos incidentes y prevalentes. El grupo de casos prevalentes que tenemos en cuenta para realizar la comparación está extraído de la base de datos de la unidad del período 2013-2018. La muestra de estudio de este período está conformada por el total de los 4522 pacientes.

Aspectos éticos y legales

Los padres/madres y los hijos/as deben desear participar en el estudio libremente. Se obtuvo el consentimiento informado expreso y por escrito de los padres de los niños y los adolescentes antes de 0 a 16 años y consentimiento del menor entre los 12 y 16 años, antes de participar. Las personas que no firmaron el consentimiento no fueron incluidas en el estudio. Los datos obtenidos fueron anonimizados para poder garantizar la confidencialidad de los participantes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo (Código de Registro: 2019/211) en junio de 2019.

VARIABLES A ESTUDIO

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: género; edad en la primera consulta, que se agruparán en preescolares (0-5 años), escolares (6-11 años) y adolescentes (12-16); hábitat: rural (menos de 2.000 habitantes), semiurbano (entre 2.000 y 10.000 habitantes) o urbano (más de 10.000 habitantes); formas de convivencia (familia nuclear, extensa, reconstituida, monoparental, de acogida, adoptiva y menor institucionalizado); formación escolar de los padres (estudios primarios, secundarios y universitarios/ciclo superior).

Datos clínicos sanitarios: demanda y origen de la demanda (se contemplará como origen de la demanda, atención primaria, interconsultas y derivación desde el servicio de urgencias); retención (número de sesiones requeridas por los pacientes antes de un abandono, alta o derivación); evolución (según el estado del paciente en el momento de tratamiento de los datos diferenciaremos alta, derivación, abandono o continuación de la asistencia); diagnóstico en 17 grupos, basándonos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (20): Trastornos orgánicos; Diagnóstico aplazado; Código X; Código Z; Ausencia de diagnóstico psiquiátrico; Trastornos psicóticos; Trastornos afectivos; Trastornos neuróticos; Trastornos de adaptación; Trastorno de la conducta alimentaria (TCA); Trastornos del desarrollo y

retraso mental; TDAH; Trastornos psicossomáticos; Síntomas; Trastornos de inestabilidad emocional; Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas; Trastornos del comportamiento.

Tratamiento de los datos

En el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS Statistics versión 25. Para establecer comparaciones, se realizó una fusión de ambas bases de datos, en aquellas variables coincidentes.

El nivel de significación estadística fue evaluado con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados $p < 0.05$ se consideran estadísticamente significativos.

Las relaciones entre el diagnóstico asignado y las variables edad y género fueron analizadas mediante tablas de contingencia, previa discretización de la variable edad, para evaluar el grado de relación entre las variables.

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos

Género. Al distribuir la población de la muestra por género, se encontró que el 58% de los pacientes eran de sexo masculino, frente a un 41% del femenino.

Al realizar la comparación con la base de datos 2013-18 prácticamente no hubo modificación en la distribución por género. Aunque se observa un tímido aumento en mujeres y disminución en varones, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0,197$ y $p = 0,657$)

Edad. La distribución de la población por edades de la primera consulta muestra un claro predominio de niños comprendidos en la categoría 6-11 años (figura 1).

Respecto al periodo 2013-18, se observó un ligero incremento en la edad media de la demanda de los pacientes. Disminuyen los niños de preescolar e incrementan los adolescentes.

En el análisis comparativo de esta variable en las dos bases de datos, la actual y la recogida entre los años 2013-2018, revela diferencias de significación

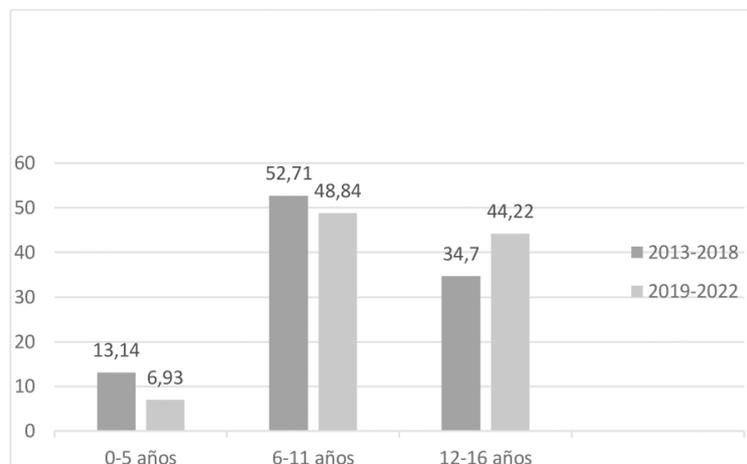


Figura 1. Distribución etaria en los dos grupos de estudio (en porcentajes).

estadística en la distribución por edades $\chi^2 = 16,484$; $p = 0,000$).

Hábitat. En lo que se refiere al hábitat, el grueso de los pacientes (41,91%) procede del medio semiurbano. Al compararlo con la base de datos 2013-18 observamos una tendencia descendente del porcentaje de pacientes procedentes del medio rural (39,96%, frente a 32,34% en el periodo actual) en favor de los pacientes procedentes de medio semiurbano, encontrándose diferencias significativamente estadísticas en los dos grupos en la distribución de la variable lugar de residencia $\chi^2 = 7,712$ $p = 0,021$

Unidad de convivencia. Al analizar el tipo de familia (figura 2), encontramos que la mayoría de pacientes conviven con una familia nuclear, seguido por las extensas y monoparentales. Con respecto a estudios previos de la Unidad (1-3), comprobamos un descenso de las familias nucleares y un incremento en las monoparentales.

Nivel de estudios de los progenitores. En el periodo actual desconocemos un amplio porcentaje de datos relacionados con el nivel de estudios tanto de madres como de padres (17,82% y 21,78% respectivamente). Y, en la base de datos del periodo 2013-18 no se registró esta variable. Teniendo en cuenta estas limitaciones, encontramos que la distribución de la variable “nivel de estudios de los progenitores” se sitúa en su mayoría, en estudios medios de bachillerato/Formación Profesional

(28,71% padres; 30,69% madres), con un incremento progresivo en nivel de estudios de las madres.

Aspectos clínicos

Demanda. El incremento en la evolución de la demanda en nuestra Unidad, ha sido notorio (figura 3). Hemos pasado de recibir 997 pacientes de 1º consulta en el año 2019 a recibir 1522 pacientes en el 2022.

En lo referente al origen de la demanda, en el periodo 2019-22 un alto porcentaje de los pacientes acuden a la Unidad derivados por su pediatra de atención primaria (80,90%). El 12,20% proceden de interconsultas (en su mayoría de Neuropediatría) y el 4,60% proceden del servicio de urgencias pediátricas.

Diagnósticos. Hemos encontrado que las patologías más frecuentemente diagnosticadas fueron el TDAH, que supone un 32,7%, seguido de los trastornos neuróticos (19,8%) y los trastornos del desarrollo y retraso mental (12,5%) (figura 4).

Al realizar un análisis detallado por grupo etario, hallamos que el conformado por los pacientes en edad preescolar (0-5 años) resultó ser el menos numeroso de la muestra, ya que solo encuadra a 21 pacientes, 15 de ellos varones. En este grupo el diagnóstico más prevalente fue el TDAH, que afecta al 46,70% de los varones y al 33% de las mujeres. Seguido por los trastornos del desarrollo y retraso mental (26,70%

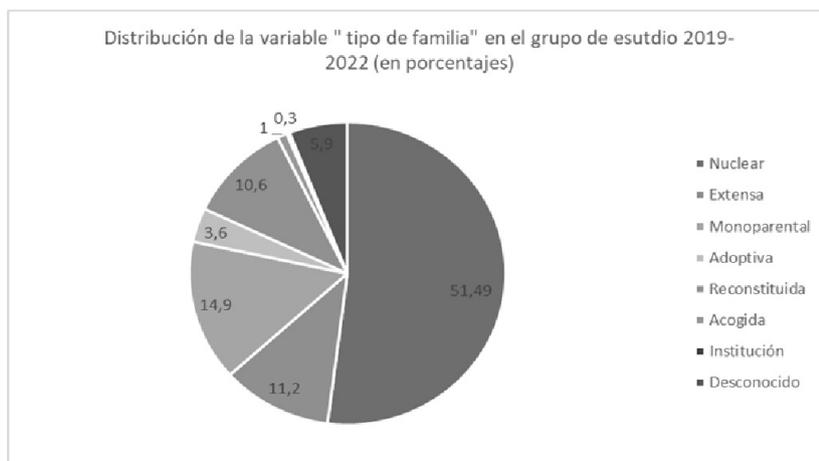


Figura 2. Distribución de la variable “tipo de familia” en el grupo de estudio 2019-2022 (en porcentajes).

18

varones y 33,30% mujeres) y los trastornos del comportamiento (6,70% exclusivamente en varones).

El grupo etario formado por los pacientes en edad escolar (6-11 años) fue el más numeroso, conformado por un total de 148 pacientes, de predominio masculino (66,89%). Destacó el alto porcentaje de pacientes diagnosticados de TDAH (42,4%), siendo el doble en varones. Los trastornos neuróticos fueron los segundos en frecuencia en este grupo, con un claro predominio femenino (28,60% mujeres frente a 12,10% varones). En tercer lugar, encontramos

los trastornos del desarrollo y retraso mental, que afectaron a 18% de los niños y al 10% de las niñas.

El grupo conformado por los pacientes adolescentes de 12 a 16 años es de predominio femenino y el que presentó una menor diferencia en las proporciones entre los diagnósticos por sexos. Los trastornos más frecuentes en esta franja etaria, resultaron ser el TDAH con predominio en varones (24,60%), los trastornos neuróticos (24,60%) de predominio femenino, seguidos de los afectivos (12,70%) también más frecuente en mujeres con una proporción 18:6.



Figura 3. Evolución del número de nuevos pacientes/año (valores absolutos)

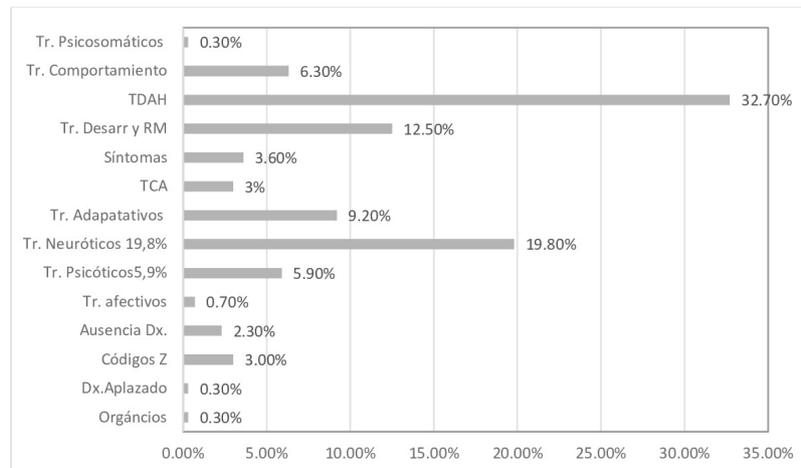


Figura 4. Distribución de los diagnósticos según criterios CIE-10 (en porcentajes)

Cabe destacar también que en este grupo repuntan los trastornos de la conducta alimentaria, y afectan predominantemente a mujeres (7:1).

En la [tabla 1](#) exponemos la comparación de los porcentajes correspondientes a estas patologías por género, de forma conjunta en los 3 grupos etarios, en ambas bases de datos. Al analizar la evolución diagnóstica, en las mujeres hallamos un aumento significativo de Trastornos Neuróticos (pasamos de 16,10% a 26,20%), de los trastornos afectivos (2,30% a 5,90%) y los TCA (4,60% a 6,30%); en los varones observamos un incremento notable en los TDAH (del 10,30% pasa al 32,70%) y en menor medida en los trastornos del desarrollo. Destacar también la importante disminución de los códigos Z, la ausencia de diagnóstico psiquiátrico y los síntomas (enuresis nocturna, tics, etc.) en el estudio 2019-22. En los trastornos del comportamiento no hay apenas diferencias entre los dos períodos de análisis, ni entre sexos.

En el análisis comparativo se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 265,983$ $p = 0,000$)

en la distribución de los diagnósticos en los dos grupos a estudio.

Tratamiento. Con respecto al tipo de tratamiento utilizado, la modalidad mixta (psicoterapia y medicación de forma conjunta) son los más utilizados.

Al investigar la tendencia de tratamiento en las diferentes patologías, hemos visto que los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos son los que tienen más probabilidades de recibir tratamiento farmacológico acompañado de psicoterapia (100%), al igual que un 75% de los diagnosticados de un trastorno neurótico.

El grado de utilización de psicofármacos también es elevado en los pacientes con TDAH ya que el 85,1% de los diagnosticados en la muestra actual reciben tratamiento farmacológico, mayormente acompañado de psicoterapia (80,6%). Por otro lado, el 50% de los pacientes con trastornos del desarrollo reciben orientación o psicoterapia como único tratamiento.

Evolución. Respecto del total de la muestra, el 16,5% de los pacientes fueron dados de alta en algún momento de su evolución y el 31,02% fueron

Tabla 1. Distribución de los diagnósticos más frecuentes por género y año de estudio (en porcentajes)

Diagnóstico	Año Estudio 13-18			Año Estudio 19-22		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Aplazados/No constan	9,0%	10,20%	9,50%	0,60%	0,00%	0,30%
Códigos Z	9,90%	8,60%	9,30%	1,70%	4,00%	2,60%
Ausencia DXPSQ	19,70%	18,40%	19,20%	3,40%	0,80%	2,30%
T. Psicóticos	0,20%	0,20%	0,20%	0,00%	1,60%	0,70%
T. Afectivos	1,30%	3,80%	2,30%	2,80%	10,30%	5,90%
T. Neuróticos	9,20%	16,10%	12,00%	15,30%	26,20%	19,80%
T. Adaptativos	5,30%	7,70%	9,20%	6,20%	13,50%	9,20%
TCA	1,00%	4,60%	2,50%	0,60%	6,30%	3,00%
Síntomas	6,00%	4,40%	2,50%	4,50%	2,40%	3,60%
T. Desarrollo y RM	15,10%	7,60%	12,10%	17,50%	6,30%	12,90%
TDAH	13,20%	6,00%	10,30%	40,70%	21,40%	32,70%
T Comportamiento	6,70%	5,50%	6,20%	6,20%	6,30%	6,30%
T. Psicósomáticos	0,70%	1,60%	1,10%	0,00%	0,80%	0,30%
Total pacientes	2700	1822	4522	177	126	303

derivados en su mayoría a la Unidad de Salud Mental de adultos al cumplir los 16 años. La tasa de abandono fue del 13,9% y la de ingresos hospitalarios supuso un 0,33%.

Con objeto de analizar la pertinencia de las derivaciones y/o capacidad de contención desde atención primaria, analizamos el porcentaje de altas en primera consulta, hallando un resultado del 0,66%, por lo que consideramos que la demanda desde primaria era pertinente en su mayoría.

Al comparar la evolución de los pacientes con la base de datos del período 2013-18 (actualizada hasta noviembre de 2022), detallada por retención (número de sesiones consumidas) hallamos que, en ese período, el mayor porcentaje de altas y de abandonos se produjo entre las sesiones 1-4 y que en el estudio actual, la mayoría de altas y abandonos se realizan entre sesiones 5-12, lo que supone un mayor consumo de sesiones. Encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos períodos ($X^2=393,248$ $p=0,000$) en cuanto al número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados.

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta sesgos y limitaciones similares a otros trabajos elaborados por nosotros en los que se advierte de problemas metodológicos, en la selección de la muestra, recogida de información y análisis de los datos (1-3). La creación de bases de datos que contengan información de las historias clínicas electrónicas de los pacientes, ofrece una fuente de información imprescindible para la investigación en salud mental. El registro de datos en nuestra USMIA es realizado por los profesionales que atienden a los pacientes y, carecemos de uniformidad en tal recogida de datos. Sobre todo, se requiere mayor rigurosidad en el registro de diagnósticos clínicos con el fin de contar con información estandarizada y mejorar los estudios sobre la epidemiología psiquiátrica infantil y juvenil a nivel institucional. Por otro lado, señalar que los datos correspondientes a la evolución deben ser tomados con precaución, ya que el tiempo de estudio no es lo suficientemente amplio para una

correcta evaluación de los parámetros que requieren una visión longitudinal mayor.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que los resultados que se comentan a continuación, sobre el análisis del perfil de los pacientes, de la demanda y de la respuesta asistencial puede aportar elementos de reflexión y planificación para los profesionales sanitarios, lo que se podría traducir en una mejor organización asistencial, incluyendo una mejora en los criterios de calidad en la derivación a las unidades especializadas y en la adecuación de los recursos a las necesidades de los usuarios.

Con esta idea en mente, hemos analizado las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios de la USMIA del CHUS y las comparamos con una base de datos de un período previo para ver si había diferencias significativas.

Hemos confirmado nuestra hipótesis de partida y constatamos un notable incremento en la demanda, que ya se venía evidenciando en los últimos años. Sin lugar a dudas, la pandemia ha tenido un importante impacto en dicha demanda, pero como puede verse en la [figura 3](#), ya habíamos experimentado un repunte de primeras visitas en el año 2019 con respecto al año previo, atenuado durante el año de la pandemia por las limitaciones asistenciales (consultas telefónicas, bajas médicas de profesionales, miedo a la asistencia presencial, etc.), por lo que muchos pacientes decidieron posponer la 1ª cita hasta que se reanudaron las consultas presenciales. También consideramos otros factores que han podido influir en este cambio cuantitativo: la mayor capacitación de los profesionales de atención primaria en la detección de los trastornos del neurodesarrollo; la creación de servicios especializados y el incremento de los recursos humanos de atención especializada en salud mental infantil y juvenil; la creciente demanda de problemas emergentes en esta población (*bullying*, autolesiones, tentativas suicidas, trastornos de la conducta alimentaria, uso problemático de internet y el acceso a contenidos potencialmente perjudiciales a través de tecnologías digitales y las adicciones). El aumento en la demanda no se trata de un hecho aislado ocurrido en nuestra USMIA, sino que se trata de un hecho generalizado. Diversos estudios nacionales e internacionales, avalan este aumento en

la patología psiquiátrica del niño y del adolescente (4,5,8,9,15,16,21-26). Atladottir et al., (5) llevaron a cabo un estudio con tres cohortes europeas que mostró un aumento progresivo en la prevalencia de TDAH y de los trastornos del espectro autista (TEA) en menores de edad en los últimos años. De forma análoga, en poblaciones nórdicas (21) también evidenciaron un aumento en los trastornos del neurodesarrollo. Según diversos estudios, no hay una causa única que motive este incremento, sino que la demanda de tratamiento en servicios especializados puede depender del efecto conjunto de factores sociofamiliares y académicos (26-28); factores genéticos y epigenéticos (29,30) y de la información que tengan los usuarios sobre los trastornos mentales y su tratamiento, de la oferta asistencial y de la accesibilidad a ésta (31,32). Nuestro estudio abre la posibilidad de analizar la relación entre algunas de estas variables.

Comprobamos que existen diferencias significativas en lo que se refiere a las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes en el período 2019-22 en comparación con los del período previo (3): se incrementa la edad de los pacientes derivados por pediatra de atención primaria; disminuyen los pacientes que procedían del medio rural en favor de los de procedencia semiurbana; aunque las familias mayoritarias siguen siendo nucleares, se observa un incremento en las familias monoparentales; y en cuanto al nivel de estudios de los progenitores, pasaron de ser predominantemente familias con estudios primarios a ser familias que habrían completado estudios secundarios, siendo las madres las que destacan en estudios medios-superiores.

Nuestro perfil es similar a lo encontrado en otras investigaciones (25-28,33-35) sobre la demanda en salud mental con población infantil y juvenil. El predominio de varones fue hallado en la mayoría de los estudios revisados (33-35). Messias et al. (33) encontraron porcentajes del 69% de hombres frente al 30% de mujeres; afectación del 71% de niños frente al 28% de niñas son las cifras de un estudio sobre perfiles de usuarios en dos servicios de salud de París (34). Las diferencias de género en los Trastornos del Neurodesarrollo siguiendo criterios clínicos

del DSM-5 (35), también son consistentes con estos datos, siendo los hombres los más afectados (53,3%).

El incremento de la edad media de nuestros pacientes y la disminución de la demanda de los menores de 5 años, puede estar relacionada con la puesta en marcha de más Unidades de Atención Temprana en nuestra Área Sanitaria, quienes atienden a niños hasta los 6 años. Por otro lado, el predominio de niños en la categoría de 6-11 años, se asocia con el incremento en los diagnósticos del Neurodesarrollo, ya que es en esta franja de edad donde más se establecen los diagnósticos de TEA y TDAH según otros estudios (21-26). Datos generales sobre los niños atendidos en una USM en París (34), indicaron un perfil muy similar ya que la mayoría se concentraron en el grupo de edad de 6 a 11 años (64,7%). También en el estudio de Márquez-Caraveo, donde se obtuvo información de 1122 menores, de los cuales el 25,5% tenía entre 6 y 8 años y el 30,9% entre 9 y 12 años (4).

El incremento en la demanda de los pacientes procedentes de medios urbanos y semiurbanos, en detrimento de los procedentes de zonas rurales, puede estar relacionado con el crecimiento de la población en algunas zonas de nuestra Área Sanitaria en los últimos años (36).

Resulta preocupante la tendencia incrementada de familias monoparentales (33,34,37,39). Hemos comprobado que el modelo familiar está cambiando, surgiendo nuevas estructuras familiares, de manera que, en nuestro país, en 2020 el total de las familias monoparentales representaba el 14,6% del total de hogares con hijos menores, frente al 6% que suponían en 1981 (37). Al igual que en los estudios revisados (37,38) nosotros también estamos detectando psicopatología en niños asociada a problemas de disfunción familiar en situaciones de monoparentalidad (alto nivel de conflicto interparental previo, durante y posterior a la separación y divorcio, disputas judiciales por la custodia de los hijos, situaciones de violencia verbal o física hacia el niño y/o delante del niño, aislamiento y pérdida de apoyo social de los progenitores, incumplimiento económico de los acuerdos judiciales, y un sinfín de problemas más). Por ello, es muy importante mantener una atención activa para detectar factores de riesgo y señalar el sufrimiento

psicosocial y psicopatología que puedan presentar los niños de familias separadas.

El incremento progresivo en el nivel académico de los padres puede suponer un factor protector de algunos trastornos del neurodesarrollo como los trastornos del aprendizaje, el TDAH y los trastornos de conducta. Esta idea es consistente con los resultados de una revisión sistemática sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente españoles (31), donde se analizó el nivel educativo y la ocupación más favorecida del padre o la madre y se detectaron desigualdades sociales en salud mental.

En el análisis de las variables clínicas, se observan cambios más significativos. El paciente estándar de nuestro estudio, fue en su mayoría diagnosticado de TDAH, con mayor frecuencia en varones, seguido por los trastornos neuróticos de prevalencia en mujeres; en relación al tratamiento, pasaron de recibir tratamiento con psicoterapia en su mayoría a recibir tratamiento mixto; el consumo de sesiones antes de ser derivado, dado de alta o abandonar la consulta se incrementó pasando de consumir entre 1-4 sesiones según estudios previos (3) a consumir entre 5-12 sesiones.

El pediatra de atención primaria tiene un peso especialmente relevante en el proceso de derivación (27,28), lo que se confirma en nuestros resultados. Al analizar los canales de derivación durante años previos (1-3) observamos un cambio significativo, ya que en el período 2000-2015, la demanda pediátrica solo suponía un 30%, el 29% eran derivados desde la escuela y un 16% a petición de la familia. Este modelo de derivación concuerda con el descrito por Nakamura en Francia (34), donde las escuelas (31,3%) y los padres (31,6%) fueron los principales responsables de la solicitud de atención. No cabe duda de la importancia de todos estos agentes en la identificación de problemas de salud mental de los niños, pero es necesario realizar un filtro clínico, donde el pediatra cobra mayor relevancia. En nuestra USMIA desde el 2023 se puso en marcha una lectura de las demandas por uno de los profesionales de la Unidad, con objeto de mejorar la idoneidad y el nivel de prioridad.

El diagnóstico más frecuente en los tres grupos etarios fue el TDAH, hallando un aumento

considerable en el porcentaje con respecto al período 2013-18. Pasamos de un 10,30% a un 32,70% en el estudio actual. Los trastornos del desarrollo y los trastornos neuróticos también destacaron en orden de importancia.

El sexo y la edad, influyen significativamente en la expresión de ciertas afecciones. (25-26). Al realizar un análisis detallado por grupo etario y sexo, vimos que en los pacientes en edad preescolar y escolar, prevalecía el diagnóstico de TDAH, siendo el doble en varones; el grupo conformado por los pacientes adolescentes fue de predominio femenino y el que presentó una menor diferencia entre las proporciones entre los diagnósticos por sexos. El trastorno más frecuente en esta franja etaria, al igual que en las dos anteriores, resultó ser el TDAH con predominio en varones, seguido en frecuencia por los trastornos neuróticos y los afectivos, ambos de predominio femenino.

El importante incremento en los trastornos del neurodesarrollo no es exclusivo de nuestra Unidad, ya que otros estudios españoles recientes encontraron resultados similares (7,13,23,24,25,39). En una muestra escolar (39) se halló tasas de prevalencia de 9,92% de TDAH y 0,70% de TEA. En muestras clínicas, Carballal (13) encontró que el 46,2% de los pacientes de la muestra cumplían criterios TDAH. Este aumento en la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes es consistente también con la encontrada en muestras clínicas en estudios internacionales (5,21,22).

Resulta especialmente preocupante el aumento en los trastornos afectivos y neuróticos. Un estudio reciente de prevalencia de depresión realizado en España (40), encontró en niños de edad escolar (media de edad 10,2 años) una prevalencia de 1,6% y constata que niños con síntomas depresivos que no reúnen criterios diagnósticos de depresión mayor tienen alto riesgo de desarrollar un verdadero episodio depresivo durante la adolescencia y riesgo de conducta suicida (6). Alarmante resulta el aumento en los datos de mortalidad publicados por el INE en 2021 en España, (41), dado que en el año 2020 se suicidaron 14 niños menores de 15 años y 22 en el 2021.

Pese a la tendencia en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, diferentes estudios

han puesto de manifiesto el infradiagnóstico de los episodios depresivos en la infancia y adolescencia (6), así como también de los trastornos de neurodesarrollo (7,25,26,28). Gallego y cols. (6) proponen realizar evaluaciones de cribado como el programa TIDY, puesto en marcha en Santiago de Compostela, con adolescentes de entre 13 y 16 años (42,43).

Destacar también que prácticamente han desaparecido los códigos Z y los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico. Factores como la pandemia y la necesidad de realizar criterios de selección en la demanda pueden explicar este dato.

El aumento en la modalidad de tratamiento mixto (psicoterapia y medicación de forma conjunta) fue especialmente relevante por la frecuente utilización de psicofármacos en el TDAH y trastornos afectivos. Por otro lado, hasta la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno del desarrollo se tratan con psicoterapia únicamente. En estudios previos de la Unidad, durante el período 2000-2015 veíamos que el 67,5% de los pacientes eran tratados por profesionales tanto de psicología como de psiquiatría, sin recurrir a tratamiento farmacológico (3). La respuesta asistencial de los estudios consultados (13,27) difiere de la nuestra ya que constan porcentajes similares entre tratamiento psicológico y farmacológico.

El aumento en el número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados, va de la mano de los cambios en los diagnósticos y los tratamientos ya que, al disminuir los pacientes sin patología y aumentar los que sí la tienen y que además necesitan tratamiento farmacológico, aumentan las sesiones consumidas. Es importante destacar, de cara a un futuro estudio, la necesidad de analizar más a fondo la relación entre los abandonos y la frecuencia de las consultas, sobre todo porque esta última se ha visto disminuida tras el aumento de la demanda. Es posible que este incremento del tiempo entre consultas dificulte también el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes y aumente la necesidad de recurrir al uso de fármacos para el control sintomático de ciertas patologías.

CONCLUSIONES

- La saturación de la red de salud mental, un problema que viene de lejos, se ha visto agravado por la disminución de la actividad general de todos los recursos comunitarios de apoyo en el período del confinamiento y por el aumento posterior de las demandas de visitas.
- Dado el incremento en la demanda que venimos observando en los últimos años, a lo que se suma la excepcionalidad del impacto psicológico de la situación generada por la pandemia del COVID-19 (13-14), nos vemos obligados a adaptar la asistencia a nuevos retos. La reflexión sobre los datos obtenidos resulta fundamental para poner en práctica medidas encaminadas a mejorar la atención de la Salud Mental de los pacientes de nuestra Área Sanitaria y a corregir posibles fallos en la práctica asistencial.
- En la USMIA de Santiago de Compostela el paciente estándar continúa siendo, al igual que en el período 2013-18, un varón en edad infantil, que ahora proviene del medio semiurbano. En lo referente a sus familias, como ocurre en el resto de la población española, disminuyen las familias nucleares, aumentan las reconstituidas y las monoparentales. El nivel de estudios de los progenitores también aumentó.
- Se ha producido un cambio en las características clínicas de los pacientes de la unidad. Aumentan los diagnósticos de TDAH, TEA y trastornos afectivos y neuróticos, mientras que disminuyen de forma notable los pacientes diagnosticados con un código Z y los que no presentan patología psiquiátrica. Es posible que la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 haya reducido las consultas de los individuos sin patología psiquiátrica clara y haya incrementado los trastornos afectivos y neuróticos.
- El TDAH y los TEA son más frecuentes en varones de edad escolar, mientras que los trastornos

neuróticos y afectivos son más frecuentes en mujeres adolescentes.

- La mayoría de los pacientes diagnosticados de TDAH, trastornos afectivos y los trastornos neuróticos reciben tratamiento farmacológico, con o sin psicoterapia asociada.
- Ha existido un aumento del número de sesiones consumidas por los pacientes antes de un alta o derivación.
- Es necesario estudiar de forma más exhaustiva los abandonos y su relación con la disminución de la frecuencia de las citas. También se debe estudiar la relación de la frecuencia de las consultas con las diferentes modalidades de tratamiento utilizado.
- Se requiere uniformizar criterios de registro en el programa informático (IANUS) para facilitar la búsqueda de datos clínicos con el fin de contar con información estandarizada sobre la epidemiología psiquiátrica infantil y juvenil. Para ello es imprescindible rigurosidad en el registro de información clínica y clasificación de los trastornos mentales.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a Cristina Fernández Pérez. (Doctora en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, experta en Metodología de la Investigación) por el asesoramiento estadístico. UTAMI (UNIDAD TRANSVERSAL DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN).

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras comunican que no presentan ningún conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

CONTRIBUCIONES

En la elaboración del diseño del estudio, solicitud de consentimientos a los pacientes y familiares, redacción del texto, análisis de los datos, elaboración de tablas y gráficos, y redacción de las conclusiones, participaron todas las autoras. En la recogida de datos de las historias clínicas participaron Rita Mondragón y Lucía Varela.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las autoras declaran que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las autoras declaran que se ha solicitado consentimiento informado a los pacientes mayores de 12 años y a los padres.

REFERENCIAS

1. Domínguez Santos MD, Gómez Gracia A, Mazaira Castro JA. Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 1994;(3):177-86. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/68>
2. Domínguez Santos MD, López P, Gómez A. Demanda de Salud Mental de los Adolescentes en una Unidad especializada durante un período de veinte años. *Siso/Salde.* 1997; 29: 24-37.
3. Varela L, Mondragón R, Ramos I, Ramos I, Domínguez M. Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2018;34(3): 316-31. <http://aepnya.eu/index.php/revistaapnya/article/view/12>
4. Márquez ME, Arroyo E, Granados A, Ángeles A. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Publica Mex.* 2017;59(4): 477-84. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8514>

5. Atladottir, HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(2): 173-83. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0553-8>
6. Gallego A, Pallás CR, Rando Á, San Miguel MJ, Sánchez FJ, Colomer J., et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 2). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22(87): 311-21. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000400017
7. Mar J, Larrañaga I, Ibarrondo O, González-Pinto A, las Hayas C, Fullaondo A, et al. Incidence of mental disorders in the general population aged 1–30 years disaggregated by gender and socioeconomic status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58: 961-71. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02425-z>
8. Cybulski, L, Ashcroft, DM, Carr, MJ, Garg S, Chew-Graham CA, Kapur N, et al. Temporal trends in annual incidence rates for psychiatric disorders and self-harm among children and adolescents in the UK, 2003–2018. *BMC Psychiatry*. 2021;21: 299. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03235-w>
9. Lombardía C, Rivera H, Sánchez J. Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19. *Adolescere*. 2022;X(3): 21-9.
10. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022: 1-18. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
11. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün, TB, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20: 359-64. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
12. Zwaigenbaum L, Penner M. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ*. 2018;361: k1674. <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1674>
13. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Río Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, Peña Nieto J. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, del comportamiento y del aprendizaje en atención primaria pediátrica. *Anales de Pediatría*. 2018;89(3): 153-61. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.10.005>
14. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL; Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el brote de infección por Coronavirus, colaboradores con el Ministerio de Sanidad; Miembros del Grupo de Expertos de la AEP. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92(4): 241.e1-241.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001>
15. Buedo P, Mena J. Hospitalizaciones psiquiátricas de población infanto-juvenil: un estudio epidemiológico de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*. 2023; 29(138): 91-7. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/370>
16. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg B. B, Schullehner J, Plana-Ripoll, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*. 2020;77(2): 155-64. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.352>
17. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. «BOE»185, 4 de agosto 2021, 94986-96. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/08/03/689>
18. Plan de Salud Mental de Galicia poscovid-19. 2020-24. Consellería de Salud 2020
19. Instituto Nacional de Estadística (INE). Población por municipios, sexo y edad. (año a

- año). INE; 2020. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/10/&file=1mun00.px#!tabs-tabla>
20. Clasificación ICD-10 de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas de diagnóstico. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241544228>
 21. Hansen BH, Oerbeck B, Skirbekk B, Petrovski BÉ, Kristensen H. Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nordic J Psychiatry*. 2018;72(4): 285-91. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1444087>
 22. Saito, M., Hirota, T., Sakamoto, Y., Adachi, M., Takahashi, M., Osato-Kaneda, et al. Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular autism*. 2020;11(1): 35. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00342-5>
 23. Catalá F, Ridao M, Núñez A, Gènova R, Alonso A, Aleixandre R, et al. Prevalence and comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in Spain: study protocol for extending a systematic review with updated meta-analysis of observational studies. *Syst Rev*. 2019;8(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0967-y>
 24. Pérez L, Prats A, Tobias A, Duran E, Coronado R, Hervás A, Guxens M. Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in Catalonia, Spain. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*. 2019;12(11): 1693-705. <https://doi.org/10.1002/aur.2172>
 25. Francés L, Caules J, Ruiz A, Soler CV, Hervás A, Fernández A, et al. An approach for prevention planning based on the prevalence and comorbidity of neurodevelopmental disorders in 6-year-old children receiving primary care consultations on the island of Menorca. *BMC Pediatr*. 2023;23: 32. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03844-2>
 26. Francés L, Quintero J, Fernández A, Ruiz A, Caules J, Fillon G, Hervás A, Soler CV. Estado actual del conocimiento sobre la prevalencia de trastornos del neurodesarrollo en la infancia según el DSM-5: Una revisión sistemática de acuerdo con los criterios PRISMA. *Psiquiatría y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2022;16(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
 27. Martínez E, Díaz F. Análisis de la demanda en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Ferrol. *Anuario Psicología e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicologia e Saúde do COPG*. 2016;9: 181-84. <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=5984915>
 28. Font L, García X, Davó MC, Ariza C, Díez E, García MM, Maroto G, Suárez M, Rajmi L. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España, *Gaceta Sanitaria*. 2013;28(4): 316-25. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>
 29. Schiele MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain Behav*. 2018;17(3): e12423. <https://doi.org/10.1111/gbb.1242>
 30. Siu MT, Weksberg R. Epigenetics of Autism Spectrum Disorder. *Adv Exp Med Biol*. 2017;978: 63-90. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53889-1_4
 31. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019 Mar 13;14(3): e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
 32. Ruiz I, Bermúdez C., Rodríguez, M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *Int J Equity Health*. 2017;16: 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0518-x>
 33. Messias MP, Silva EME, Andrade MH, Cavallo ICC, Galvao LP, Perico CA. Clinico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: a cross-sectional study *Sao Paulo Med. J*.

- 2022;140(6): 781-86 <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0577.R1.17022022>
34. Nakamura E, Planche M, Ehrenberg A. The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface*. 2018;22(65): 411-22. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0911>
35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p.
36. Rodríguez Galdo, MX. (2020). "Escenario demográfico en Galicia: cambio de paradigma y movilidad de la población", Galicia 2040: el reto demográfico, Foro Económico de Galicia, Santiago de Compostela, 6 de marzo.
37. Buitrago F, Ciurana R, Fernández M., Tizón, JL, Miembros del Grupo de Salud Mental. Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales. *Atención Primaria*. 2022;54(1): 102445 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.10245>
38. Bohman H, Låftman SB, Päären A, Jonnson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC Psychiatry*. 2017;17: 117. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1252-z>
39. Bosch R, Pagerols M, Rivas C, Sixto L, Bricollé L, Español-Martín G, et al. Neurodevelopmental disorders among Spanish school-age children: prevalence and sociodemographic correlates. *Psychological Medicine*. 2022;52(14): 3062-72. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005115>
40. Canals J, Hernández C, Sáez M, Arija V. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Res*. 2018;268: 328-34. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
41. INE Instituto Nacional de Estadística. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. INEbase; 2021. <https://www.ine.es/up/7ALtJxNOil>
42. Triñanes Y, Rial A, Varela L, Mazaira JA. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
43. Varela L, Mazaira JA, Brenlla JB, Atienza G. Implementación de un programa de identificación terapéutica de depresión en adolescentes en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2018;35(3): 229-40. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/270>

María Vázquez-Sánchez¹ * 
Inés Teresa Bolsa-Ferrer² 
Esther Pitarch-Roca³ 
Mónica López-Campos⁴ 
María Carmen Viñas-Viamonte⁵ 
José Ignacio Labarta-Aizpú⁶ 

1. Facultativa Especialista de Área [FEA] Pediatría, Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza, España.
2. Médica Interna Residente [MIR] Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.
3. FEA Pediatría, Centro de Salud Gran Vía, Castellón, España.
4. FEA de Pediatría, Centro de Salud Valdespartera, Zaragoza, España.
5. FEA de Enfermería, Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza, España.
6. Jefe de Servicio de Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

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

Salud mental infantojuvenil en atención primaria en tiempos de COVID: ¿qué ha cambiado?

Child and adolescent mental health in primary care in times of COVID: what has changed?

RESUMEN

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha podido precipitar el deterioro de la Salud Mental Infantojuvenil (SMIJ), su manejo y tratamiento, por lo que este estudio trata de comparar el número de consultas relativas a la SMIJ atendidas en Atención Primaria (AP), así como la derivación a Atención Especializada (AE) y la prescripción farmacológica. **Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes pediátricos de AP en la provincia de Zaragoza por patología relacionada con la SMIJ en dos periodos: "prepandemia" y "pandemia". **Resultados:** La muestra total fue de 6854 consultas (56,9% en "prepandemia" y 43,1% en "pandemia"; $p < 0,001$). En "pandemia" disminuyeron consultas por trastornos del sueño ($N=541$ vs $N=420$; $p < 0,001$), enuresis ($N=85$ vs $N=43$; $p < 0,001$), trastornos del comportamiento ($N=918$ vs $N=671$; $p < 0,001$), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ($N=612$ vs $N=330$; $p < 0,001$) y alteraciones del desarrollo psicomotor ($N=1004$ vs $N=765$; $p < 0,001$); se incrementaron las derivaciones a SMIJ por trastornos del sueño ($N=34$ vs $N=138$; $p < 0,001$) y alteraciones

ABSTRACT

Background: The SARS-CoV-2 pandemic has led to a deterioration of Child and Adolescent Mental Health (CAMH), and changes in the management and treatment of mental health problems. This study aims to compare the number of CAMH-related medical consultations, both in Primary Care (PC) and referrals for Specialized Care (SC), in addition to pharmacological prescriptions. **Methodology:** A descriptive and retrospective study in pediatric patients treated in PC in Zaragoza for pathology related to CAMH comparing two different time periods: pre-pandemic and during the pandemic. **Results:** The whole sample included 6,854 consultations (56.9% prepandemic and 43.1% during the pandemic; $p < 0.001$). During the pandemic there were fewer consultations for sleep disorders ($N=541$ vs $N=420$; $p < 0.001$), enuresis ($N=85$ vs $N=43$; $p < 0.001$), behavior disorders ($N=918$ vs $N=671$; $p < 0.001$), ADHD ($N=612$ vs $N=330$; $p < 0.001$) and psychomotor development disorders ($N=1004$ vs $N=765$; $p < 0.001$). Referrals to CAMH due to sleep disorders ($N=34$ vs $N=138$; $p < 0.001$) and alterations

del desarrollo psicomotor (N=52 vs N=236; $p<0,001$ con reducción de TDAH (N=198 vs N=81; $p<0,001$) y trastornos del comportamiento (N=580 vs N=233; $p<0,001$). La edad media de derivación fue inferior en "pandemia" (9,89 vs 7,64 años; $p<0,001$), con aumento de la ratio Psiquiatría/Psicología (de 5,2 a 5,9; $p=0,018$). Tras el subperiodo 2a se aumentó prescripción de psicofármacos del 2,6% al 4,4% ($p<0,001$). **Conclusiones:** Las consultas totales de SMIJ en AP han disminuido en "pandemia". Sin embargo, han cobrado mayor relevancia los trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor respecto a las consultas totales. Es posible que la telemedicina haya propiciado el sobret ratamiento farmacológico y mayores tasas de derivación a SMIJ.

Palabras clave: virus del SARS-COV2, infecciones por coronavirus, atención primaria de salud, pediatría, salud mental.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se inició en Wuhan un brote infeccioso producido por un virus de la familia *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2 (COVID19) y declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de Marzo de 2020 (1). En España, se activó el estado de alarma con el consecuente confinamiento domiciliario a partir del 14 de Marzo de 2020, con el objetivo de limitar su propagación (2). En el ámbito educativo, se cerraron los centros educativos, por lo que la docencia quedó relegada al medio telemático. El 28 de abril de 2020 se aprobó el Plan de Transición hacia una "Nueva Normalidad", que se desarrolló de forma asimétrica en función de la situación epidemiológica de cada territorio (3).

Al igual que en otros brotes infecciosos, el SARS-CoV-2 ha provocado un importante impacto psicosocial (4, 5). El apoyo social, el buen funcionamiento familiar, la autoeficacia de los padres, la actividad física y una fuerte resiliencia, son algunos de los factores protectores frente a este

in psychomotor development (N=52 vs N=236; $p<0.001$) increased, while there was decrease in ADHD (N=198 vs N=81; $p<0.001$) and behavioral disorders (N=580 vs N=233; $p<0.001$). The mean age at referral was lower during the pandemic (9.89 vs. 7.64 years; $p<0.001$), with an increase in the Psychiatry/Psychology referral ratio (from 5.2 to 5.9; $p=0.018$). After the 2nd subperiod, the prescription of psychotropic drugs increased from 2.6% to 4.4% ($p<0.001$). **Conclusions:** The total consultations of CAMH in PC pandemic. However, sleep disorders and alterations in psychomotor development have required more attention, unlike ADHD. It is possible that telemedicine has led to pharmacological overtreatment and higher rates of referral to mental health services.

Keywords: SARS Virus, coronavirus infections, primary health care, pediatrics, mental health.

tipo de eventos disruptivos (6). Por el contrario, factores como el sexo femenino, la edad joven, la baja educación, los antecedentes psiquiátricos, la exposición excesiva a información, el alto uso de Internet, videojuegos y redes sociales, el estado físico pobre y la falta de rutinas predisponen a una peor respuesta emocional (6, 8).

A nivel internacional, numerosos estudios han expuesto el impacto de la pandemia en la Salud Mental (9, 10). También se han publicado diversos estudios nacionales sobre el deterioro inicial de la Salud Mental en casi el 50% de la población con repercusión moderada/grave en el 24,7% (11, 12). Los síntomas depresivos fueron los más llamativos (46,7%), seguidos del estrés (33,2%) y la ansiedad (10,7%) (13). Las ideas suicidas se incrementaron mensualmente un 43,2%, con un máximo del 573,8% en menores de edad en mayo de 2021 (14). En el caso de los niños y adolescentes, también se observó un aumento en la demanda de casos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y de riesgo de suicidio, así como el incremento de urgencias como vía de entrada en la atención de salud mental (15). No

obstante, muchos de estos casos parecen más cuadros adaptativos, sin llegarse a asignar un diagnóstico claro (15).

En población infantil, el abordaje psiquiátrico ha sido tradicionalmente competencia única de psiquiatras y psicólogos infantiles. Actualmente, el pediatra de AP también es clave en detectar y orientar estas entidades (16). La prevalencia de trastornos de SMIJ en España, varía según distintas series en los últimos años, con una prevalencia estimada “prepandemia” del 20% (17). Algunos cambios producidos en tiempos de COVID (pérdida de la rutina escolar, sedentarismo, patrón irregular de sueño, empleo excesivo de pantallas...) podrían ejercer, a priori, un impacto psicológico negativo (18).

Hasta el momento, se han publicado diferentes estudios pediátricos sobre la repercusión del SARS-CoV-2, desde el punto de vista de los profesionales de SMIJ. Sin embargo, también es importante la perspectiva desde AP. Por tanto, se presenta un amplio estudio epidemiológico basado en el manejo y tratamiento de las patologías relacionadas con la SMIJ en AP en la provincia de Zaragoza, comparando la época “prepandemia” y la “pandemia”.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes pediátricos hasta los 14 años inclusive, que consultaron en AP en Zaragoza por motivo de consulta relacionado con la SMIJ en dos periodos: “prepandemia” del 1/03/2019 al 29/02/2020 y “pandemia” del 1/03/2020 al 28/02/2021. Se seleccionaron 56 centros de salud de la provincia de Zaragoza, tanto urbanos como rurales.

Se incluyeron los usuarios descritos que consultaron por algún motivo de consulta codificado en OMI-AP (Programa informático utilizado en AP SALUD Aragón) bajo la siguiente clasificación:

- Ansiedad
- Trastorno del sueño
- Trastorno de la alimentación
- Enuresis
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

- Trastorno del comportamiento
- Adolescencia (adolescente sano con problemas “no clínicos”)
- Desarrollo psicomotor
- Depresión
- Trastorno del espectro autista (TEA)

El pediatra de AP fue el encargado de asignar la codificación más oportuna a cada motivo de consulta en el programa OMI-AP y se presupone que para ello siguió los criterios de la CIE-10. Al mismo tiempo, es posible que una misma codificación diagnóstica de OMI-AP pudiera abarcar síntomas variados y fuera difícil separar síntoma de diagnóstico. Los datos fueron extraídos a través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), a partir de la base de datos OMI-AP. Se buscaron las codificaciones diagnósticas relativas a los motivos de consulta mencionados y se analizaron todas las consultas asociadas a dichas codificaciones, ya que así las habían catalogado previamente los respectivos pediatras de AP.

La muestra final fue 6854 consultas en las que se recogieron variables epidemiológicas y relativas al episodio de consulta: sexo, fecha de nacimiento y fecha de consulta, edad en el momento de la consulta, periodo, subperiodo, motivo de consulta, derivación a AE y qué especialista, prescripción de fármacos y tipo de fármaco. Los fármacos a estudio fueron los relativos a ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos/sedantes, clasificados según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC). Tanto los especialistas como los fármacos no son excluyentes entre sí, es decir, un mismo paciente pudo ser derivado a varios especialistas y pudo ser tratado con varios fármacos. En función del centro de salud al que pertenece el paciente y su centro de especialidades de referencia, la derivación a SMIJ debe realizarse de una u otra forma. En la mayoría de los casos, la derivación va destinada de forma general a Psiquiatría Infantil y solamente en algunos casos, la derivación puede ser directa a Psicología.

Para evitar sesgos derivados del momento del año en que se demandó asistencia sanitaria, los distintos periodos y subperiodos se definieron de la siguiente forma:

- Periodo 1 o “prepandemia”: 1/03/2019-29/02/2020
- Periodo 1a: 14/03/19-31/05/19
- Periodo 1b: 1/03/2019- 13/03/19 y 1/06/19-29/02/2020
- Periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021
- Periodo 2a o “confinamiento”: 14/03/20-31/05/20
- Periodo 2b o “no confinamiento”: 1/03/2020-13/03/20 y 1/06/20-28/02/2021

El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics v25 (Statistical Package for Social Sciences versión 25 ®). Se comprobaron supuestos de normalidad con el test Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk y se realizó un análisis bivalente en el que se empleó el test estadístico más apropiado (Chi Cuadrado para las variables cualitativas). Se aceptó significación estadística si $p < 0,05$.

El tratamiento confidencial de datos se ajustó a los criterios establecidos en el RGPD 2016/679 y la LO 3/2018. Se ha realizado una adecuada codificación y disociación identificativa. A su vez, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Aragón (CEICA) en su acta Acta N°10/2021, bajo el cumplimiento de la Ley 14/2007 de investigación Biomédica.

RESULTADOS

La muestra consta de 6854 consultas: 3899 (56,9%) en el periodo 1 y 2955 (43,1%) en el periodo 2 ($p < 0,001$). La edad media de consulta fue $7,47 \pm 4,34$ años y el 58,7% pertenecía al sexo masculino, con sexo homogéneo entre periodos (59% varones periodo 1 y 58,1% periodo 2; $p = 0,45$). La distribución de la muestra por motivo de consulta se visualiza en la [Tabla 1](#).

Análisis comparativo entre periodos 1a y 2a y entre periodos 1b y 2b

En la [tabla 2](#) se evidencia la disminución de la demanda asistencial en el periodo 2a en comparación al periodo 1a (N=938 vs N=368; $p < 0,001$). Se observa reducción significativa en todos los motivos de consulta, salvo ansiedad y trastornos de la alimentación.

No obstante, en la [Figura 1](#) se exponen los porcentajes relativos de cada motivo de consulta durante el periodo 2a frente al periodo 1a, dejando de manifiesto la llamativa relevancia de las consultas por trastornos del sueño y ansiedad durante el “confinamiento” en comparación al resto de motivos de consulta.

Tabla 1. Comparación del número total de consultas relacionadas con la SMIJ en el periodo 1 y 2

Motivo de consulta	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	866	421	48,6	445	51,4	0,43
Sueño	961	541	56,3	420	43,7	<0,001
Alimentación	116	58	50,0	58	50,0	1,000
Enuresis	128	85	66,4	43	33,6	<0,001
TDAH	942	612	65,0	330	35,0	<0,001
Comportamiento	1589	918	57,8	671	42,2	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	139	76	54,7	63	45,3	0,309
Psicomotor	1769	1004	56,8	765	43,2	<0,001
Depresión	152	87	57,2	65	42,8	0,88
TEA	192	97	50,5	95	49,5	0,94
Total	6854	3899	56,9	2955	43,1	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o “prepandemia”: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

32

En el periodo 2b también se atendieron menos consultas respecto al periodo 1b (N=2961 vs N=2587; $p<0,001$). En el periodo 2b se redujeron las consultas totales relacionadas con trastornos del sueño, enuresis, TDAH y trastorno del comportamiento, mientras que el resto de los motivos de consulta presentan resultados similares al periodo 1b (Tabla 3).

A su vez, en el periodo 2b se observan diferencias en cuanto al porcentaje relativo del motivo de consulta, con un principal aumento relativo de consultas por ansiedad (11,2% periodo 1b vs 14,5% periodo 2b), depresión (1,8% vs 2,2%), adolescencia (1,6% vs 2,3%) y TEA (2,4% vs 3,4%). Al mismo tiempo disminuyen especialmente la enuresis (2,2% vs 1,4%) y TDAH (15,9% vs 11,8%).

En el periodo 2a se evidenció disminución de derivación a AE en comparación al periodo 1a (47,7% vs 15,2%; $p<0,001$). Sin embargo, las derivaciones en el periodo 2b fueron similares al periodo 1b (46,7% vs 49,1%; $p=0,076$).

En el periodo 2a hubo una reducción no significativa de prescripción de psicofármacos respecto al periodo 1a. Se pautaron psicofármacos en el 4,9% de las consultas atendidas en el periodo 2a

(N=18), frente al 6,5% del periodo 1a (N=61) ($p=0,27$). Tampoco se encontraron diferencias en el tipo de fármaco empleado ($p=0,14$). Solamente el 13,53% de los fármacos prescritos en el periodo 2 fueron durante el periodo 2a, mientras que en el periodo 1a se prescribieron el 44,2% de los psicofármacos de todo el periodo 1.

Sin embargo, en el periodo 2b se aumentó la prescripción farmacológica respecto al periodo 1b (N=77; 2,6% vs N=115; 4,4%; $p<0,001$). En el periodo 2b se incrementó la prescripción de ansiolíticos del 1,0% (N=30) al 2,1% de consultas (N=54) ($p=0,002$). Lo mismo ocurre con los antidepresivos, prescritos en el 1,4% del periodo 1b frente al 2,1% del periodo 2b; $p=0,002$. En cambio, la pauta de hipnótico/sedantes permaneció invariable (0,2% en ambos).

Derivaciones a AE

El 46,1% de las consultas totales asociaron derivación a AE (N=3158). El 47% de las mismas (N=1831) fueron en el periodo 1 vs 44,9% (N=1327) en el periodo 2; $p<0,001$.

Tabla 2. Comparación de distribución de la muestra por motivo de consulta en el periodo 2a respecto al periodo 1a, en cifras absolutas

Motivo de consulta	Total	Periodo 1a		Periodo 2a		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	159	90	56,6	69	43,4	0,112
Sueño	223	127	57,0	96	43,0	0,044
Alimentación	29	19	65,5	10	34,5	0,136
Enuresis	28	21	75,0	7	25,0	0,013
TDAH	164	140	85,4	24	14,6	<0,001
Comportamiento	274	198	72,3	76	27,7	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	33	30	90,9	3	9,1	<0,001
Psicomotor	322	254	78,9	68	21,1	<0,001
Depresión	40	33	82,5	7	17,5	<0,001
TEA	34	26	76,5	8	23,5	0,003
Total	1306	938	71,8	368	28,2	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1a: 14/03/19-31/05/19; periodo 2a o "confinamiento": 14/03/20-31/05/20. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

En el periodo 2 se evidenció disminución en cifras absolutas de derivación a psiquiatría ($p < 0,001$), psicología ($p < 0,001$), neurología ($p < 0,001$), urgencias ($p = 0,001$) y otros especialistas ($p < 0,001$) (Tabla 4 y Figura 2). En la distribución de derivaciones dentro

de cada periodo, en el periodo 2 observamos aumento del porcentaje relativo de derivación a psiquiatría (55,5% vs 65,1%) y a Atención Temprana (9,9% y 11,5%) con relación al resto de patologías (Figura 3).

Tabla 3. Comparación de distribución de la muestra por motivo de consulta en los periodos 1b y 2b, en cifras absolutas

Motivo de consulta	Total		Periodo 1b		Periodo 2b		Significación (Chi Cuadrado) p
	N	N	N	%	N	%	
Ansiedad	707	331	331	46,8	376	53,2	0,098
Sueño	738	414	414	56,1	324	43,9	0,001
Alimentación	87	39	39	44,8	48	55,2	0,391
Enuresis	100	64	64	64,0	36	36,0	0,007
TDAH	778	472	472	60,7	306	39,3	<0,001
Comportamiento	1315	720	720	54,8	595	45,2	0,001
Adolescente con problemas no clínicos	106	46	46	43,4	60	56,6	0,206
Psicomotor	1447	750	750	51,8	697	48,2	0,172
Depresión	112	54	54	48,2	58	51,8	0,777
TEA	158	71	71	44,9	87	55,1	0,233
Total	5548	2961	2961	53,4	2587	46,6	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1b: 1/06/19-29/02/2020; periodo 2b o "postconfinamiento": 1/06/20-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

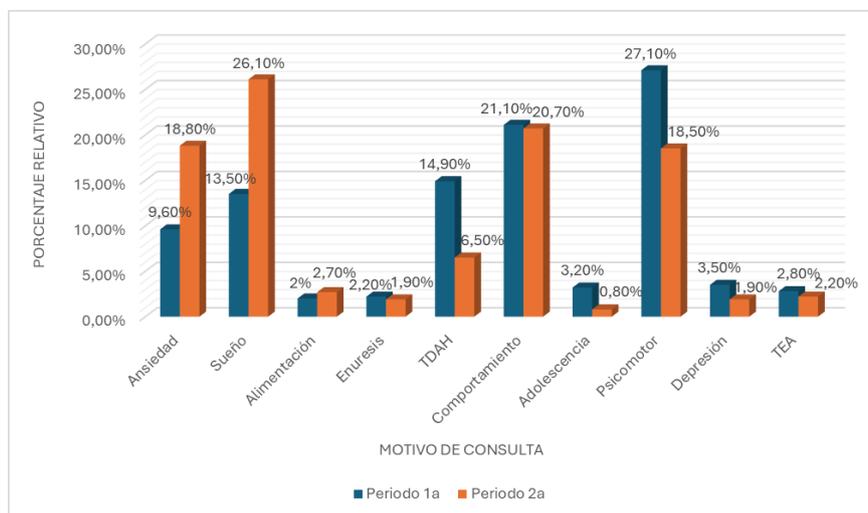


Figura 1. Comparativa de los porcentajes relativos por motivo de consulta respecto al total entre el periodo 1a (14/03/19-31/05/19) y el periodo 2a o "confinamiento" (14/03/20-31/05/20)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. Adolescencia: Adolescente con problemas no clínicos.

Tabla 4. Especialista al que se deriva: comparativa entre periodo 1 y periodo 2 en cifras absolutas

	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Psiquiatría	1866	1015	54,4	851	45,6	<0,001
Psicología	315	194	61,6	121	38,4	<0,001
Atención temprana	334	182	54,5	152	45,5	0,112
Neurología	304	224	73,7	80	26,3	<0,001
Urgencias	30	24	80,0	6	20,0	0,001
Otros	309	192	62,1	117	37,9	<0,001
Total	3158	1831	58,0	1327	42,0	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o “prepandemia: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021. χ^2 Chi Cuadrado.

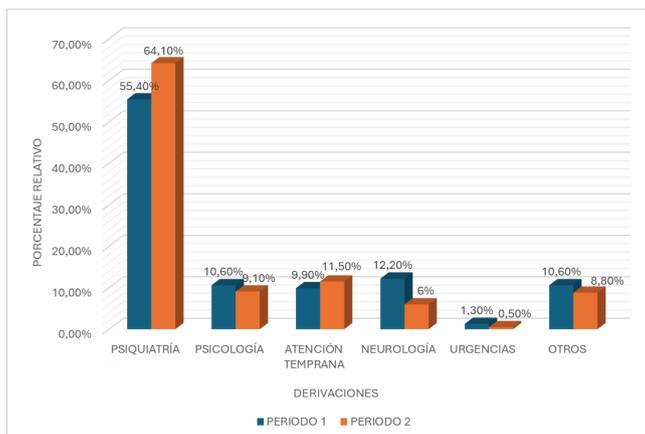


Figura 2. Especialista al que se deriva: comparativa entre periodo 1 y periodo 2, en porcentajes relativos. Periodo 1 o “prepandemia: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021.

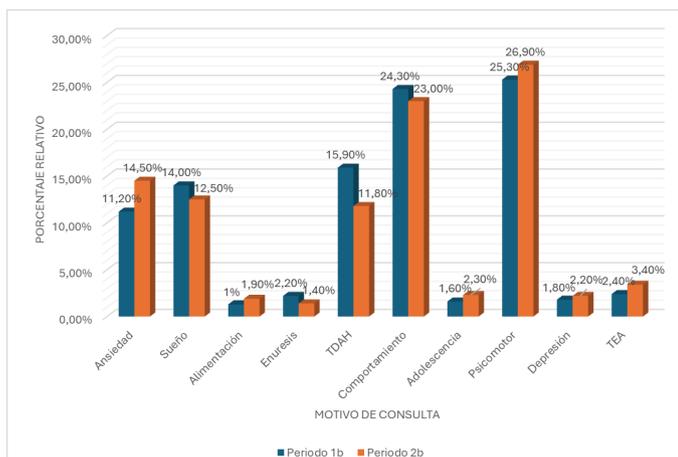


Figura 3. Comparativa de los porcentajes relativos por motivo de consulta respecto al total entre el periodo 1b (1/06/19-29/02/2020) y el periodo 2b o “no confinamiento” (1/06/20-28/02/2021)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. Adolescencia: Adolescente con problemas no clínicos.

En números absolutos, observamos que en el periodo 2 hubo menos derivaciones a SMIJ en conjunto (Psiquiatría+Psicología) respecto al año previo (1210 vs 972; $p < 0,001$). No obstante, respecto al total de consultas, en el periodo 1 se derivaron el 31,03% frente al 32,99% del periodo 2. Se muestra aumento de la ratio de derivaciones a Psiquiatría/Psicología (5,2 en periodo 1 vs 5,9 en periodo 2; $p = 0,018$). En el periodo 2 la edad media de derivación a SMIJ fue inferior (7,64 vs 9,89 años; $p < 0,001$).

El motivo de consulta que ocasionó las 2182 derivaciones a Psiquiatría/Psicología varió en función del periodo. En el periodo 2 aumentaron destacadamente las derivaciones por trastornos del sueño (N=34 vs N=138; $p < 0,001$) y alteraciones del desarrollo psicomotor (N=52 vs N=236; $p < 0,001$). En contraposición, disminuyen a la mitad las derivaciones por TDAH (N=198 vs N=81; $p < 0,001$) y trastornos del comportamiento (N=580 vs N=233; $p < 0,001$) respecto al periodo 1. También se reducen las derivaciones por depresión (N=64 vs N=23; $p < 0,001$) y problemática del adolescente (N=41 vs N=23; $p < 0,001$). (Tabla 5).

Prescripciones farmacológicas

El 4% (N=271) de consultas totales estaban ligadas a prescripción farmacológica. En el 44,28% de las mismas (N=120) se pautó un ansiolítico, en el 6,27% (N=17) un hipnótico/sedante y en el 49,45% (N=134) un antidepresivo. Se evidencia mayor ratio de prescripción farmacológica en el periodo 2, ya que en el periodo 1 se pautó psicofármaco en el 3,5% de consultas (N=138) frente al 4,5% del periodo 2 (N=133). Sin embargo, no se demuestran diferencias entre periodos en el tipo de fármaco ($p = 0,16$).

En el 4,6% de consultas por ansiedad se prescribieron ansiolíticos en ambos periodos. Sin embargo, en el 34,5% de las consultas por ansiedad del periodo 1 se pautó antidepresivo frente al 15,4% en el periodo 2 ($p = 0,028$). En las consultas de trastornos del comportamiento hubo un aumento de prescripción en el periodo 2 (1,4% vs 3,9%; $p = 0,002$). El 66,7% de prescripciones por trastornos del comportamiento se realizaron en el periodo 2 (N=26). En el periodo 1 se prescribió medicación en el 39,1% de consultas por depresión frente al 20% del periodo 2. Sin embargo, el 72,3% de los antidepresivos prescritos fueron en el periodo 2.

Tabla 5. Comparativa de motivo de consulta de derivación a AE entre los periodos 1 y 2

Motivo de consulta	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	364	192	52,7	172	47,3	0,32
Sueño	172	34	19,8	138	80,2	<0,001
Alimentación	35	17	48,6	18	51,4	1,000
Enuresis	23	13	56,5	10	43,5	0,678
TDAH	279	198	71,0	81	29,0	<0,001
Comportamiento	813	580	71,3	233	28,7	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	64	41	64,1	23	35,9	0,033
Psicomotor	288	52	18,1	236	81,9	<0,001
Depresión	87	64	73,6	23	26,4	<0,001
TEA	57	21	36,8	36	63,2	0,063
Total	2158	1210	55,5	972	45,5	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o "prepandemia": 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o "pandemia": 1/03/2020-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

36

No se observan diferencias entre periodos en el tipo de medicación prescrita (ansiolíticos, hipnóticos/sedantes y antidepresivos) en aquellos que recibían terapia farmacológica ($p=0,06$). Sin embargo, existe un descenso significativo de prescripciones por depresión ($N=34$ vs $N=13$; $p<0,001$) y, por el contrario, una tendencia considerable al aumento de fármacos enfocados a los trastornos del comportamiento ($N=13$ vs $N=26$; $p=0,053$).

DISCUSIÓN

Durante el periodo de “pandemia” se ha objetivado una reducción del total de consultas relacionadas con la SMIJ en AP en la provincia de Zaragoza ($N=3899$ vs $N=2955$; $p<0,001$), con unas tasas similares de derivación a AE ($N=1831$ vs $N=1327$; $p=0,091$). A pesar de ello, se ha constatado un incremento relativo de la derivación a Salud Mental y a Atención Temprana, con una edad inferior de derivación a Salud Mental en tiempos de “pandemia”. Las patologías con incremento de derivación a Salud Mental tras la pandemia por COVID fueron los trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor. En contraposición, disminuyeron las derivaciones por TDAH, trastornos del comportamiento y depresión.

Indudablemente, la pandemia por SARS-CoV-2 ha precipitado de manera brusca el paso a la telemedicina. En el caso de la SMIJ, la atención médica ofrecida ha podido beneficiar a aquellos con mejores recursos tecnológicos (menores desplazamientos e inversión de tiempo) pero ser insuficiente en los más desfavorecidos (19). *Save the Children* manifiesta que las familias con bajo nivel socioeconómico han presentado más problemas organizativos, con convivencia afectada en 4/10 hogares (20). La dinámica de trabajo de los equipos de SMIJ se ha ido adaptando a las necesidades del paciente según la normativa vigente en cada momento, favoreciendo en un primer momento las interconsultas virtuales y priorizando los pacientes más graves para el Hospital de Día, la Unidad de TCA y la planta de hospitalización (21).

Por otra parte, destaca el aumento de prescripción farmacológica (3,5% vs 4,5%; $p=0,043$) sin verse modificado el tipo de fármaco prescrito ($p=0,16$).

Los antidepresivos fueron el tipo de fármaco más pautado (49,45% del total de fármacos pautados). No obstante, en la provincia de Zaragoza, parece haber disminuido la prescripción de antidepresivos en casos de depresión y, paradójicamente, haber aumentado en trastornos del comportamiento. Por tanto, es posible que la consulta telefónica haya producido un sobretatamiento del paciente o también que las patologías atendidas fueran más graves que en tiempos de “prepandemia”. Desde la década de los 70, el empleo de psicofármacos en edad pediátrica ha ido en aumento, a pesar de que, la edad parece un factor determinante a la hora de prescribirlos (16). A pesar de la utilidad de los psicofármacos, la intervención psicológica puede resultar también muy beneficiosa en el tratamiento de numerosos trastornos mentales (16). Sin embargo, tras el inicio del SARS-CoV-2, es posible que el tratamiento farmacológico haya producido que la intervención psicosocial (terapia cognitivo-conductual, enfoques sistémicos, trabajo grupal, entre otros) quedara relegada a un segundo plano, lo cual pudo deberse a diferentes motivos: falta de recursos, escasa preparación del sistema y de los profesionales sanitarios para hacerla de manera telemática, entre otros (21-23).

Un confinamiento prolongado se considera factor de riesgo de depresión, ansiedad, estrés postraumático, insomnio, conductas suicidas, alucinaciones, violencia doméstica, trastornos de la conducta alimentaria y muchas otras patologías (24-25). Sin embargo, en la muestra analizada, este tipo de trastornos parecen manifestarse de forma posterior al aislamiento domiciliario. Durante el “confinamiento” se observa reducción en valores absolutos en la demanda asistencial en todas las patologías estudiadas, así como en la derivación a AE. Por el contrario, en la etapa de “no confinamiento”, llama la atención el aumento relativo de consultas por ansiedad, depresión, problemática del adolescente y TEA. Todo ello se acompaña de una mayor prescripción farmacológica en “no confinamiento”, lo cual no se manifiesta en los meses de “confinamiento” propiamente dicho. Estos datos concuerdan con los aportados por Pedreira Massa JL, quien refleja que la importancia de la enfermedad mental en niños españoles tuvo lugar tras la cuarta “oleada asistencial” (26).

Diferentes autores como Fergert JM et al (27) concuerdan en la existencia de grupos de riesgo psiquiátrico en estos brotes epidemiológicos: pacientes con retraso mental, antecedentes psiquiátricos, episodios disruptivos previos, niños con necesidad de Educación Especial, trastorno obsesivo-compulsivo (más compulsiones relacionadas con la higiene), etc. (28-30) En esta línea, la literatura muestra una tendencia de incremento de depresión, ansiedad, control afectivo y conductual en este tipo de pacientes y sus familiares a raíz de la pandemia (31). También pueden verse más afectados los pacientes con enfermedades crónicas, ya que algunas terapias de apoyo se han visto mermadas o incluso canceladas.

En el caso de pacientes pediátricos con TEA, se han observado mayores tasas de estrés, ansiedad, menor capacidad para afrontar cambios y seguir instrucciones simples, mayor pérdida de independencia y habilidades de comunicación, así como alteraciones del comportamiento más repetidas (32, 33). Türkoğlu et al (34) revelaron empeoramiento clínico en pacientes con TEA a través de scores obtenidos tras cumplimentar diferentes escalas validadas pre-post “confinamiento” (Autism Behavior Checklist ((AuBC)), Children’s Sleep Habits Questionnaire ((CSHQ)), y Children’s chronotype questionnaire ((CCQ)). En este colectivo, se mostraron mayores tasas de estrés, ansiedad y dificultad para afrontar los cambios. Resultados similares encontramos en el presente estudio, donde se evidencia tendencia relativa al aumento de las consultas por TEA en “no confinamiento” y más derivaciones a Salud Mental. Las comorbilidades se estiman en torno al 7% y un tardío o incorrecto diagnóstico de las mismas puede empeorar el curso clínico de estos pacientes (35). Por consiguiente, es importante vigilar estrechamente su evolución clínica, a pesar de las dificultades técnicas de atención asistencial que la pandemia haya podido acarrear.

En lo referente al TDAH, los primeros cambios observados tuvieron lugar en China, donde se relatan síntomas de inatención en el 32% de los niños estudiados durante la primera etapa de pandemia (36). En estudios posteriores, las tasas de inatención fueron similares (30,8%) (37). Lee et al (38) y Bobo et al (39) refieren empeoramiento sintomático, problemas

adaptativos y mayor conflictividad familiar en niños con TDAH, debido a la interrupción de actividades sociales y placenteras en tiempos de COVID. En contraposición, Melegari et al (40) muestran gran mejoría clínica durante el “confinamiento” en pacientes con síntomas moderados-graves de TDAH, probando tiempos de estudio eficiente más prolongados con clases virtuales. En Zaragoza, se han atendido aproximadamente la mitad de consultas respecto al periodo previo, asociando disminución de derivaciones a Salud Mental por este motivo. Dada la discordancia de resultados descritos en la literatura, nuestros resultados podrían hacernos pensar que familias y pediatras asumen comportamientos más “disruptivos” a consecuencia de la pandemia.

Los adolescentes representan un grupo etario vulnerable, con prevalencia global de trastornos psiquiátricos del 8-20% según distintas series (41-43). Durante la pandemia, este colectivo ha experimentado mayor proximidad a sus progenitores en lugar de las vivencias más propias de su etapa, como adquisición de autonomía y pertenencia a un grupo social. Al mismo tiempo, se han decantado en muchos casos por el uso de pantallas, peores hábitos higiénico-dietéticos y sedentarismo, lo cual es perjudicial para su bienestar psicológico (44-46). Esto debería traducirse en un aumento de demanda asistencial por este motivo. En cambio, a pesar de cobrar mayor relevancia en el conjunto de enfermedades psiquiátricas atendidas durante el “no confinamiento”, el número total de consultas es similar y las derivaciones a Salud Mental han disminuido, por lo que parece que el entorno familiar y la AP han asumido mayor responsabilidad en este tipo de problemas.

Las fobias, la ansiedad, los síntomas psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y los cambios frecuentes de humor son más comunes en niños con alteraciones del neurodesarrollo (47, 48), por lo que provocan, a priori, mayor impacto psicosocial como consecuencia de la pandemia (49). Aproximadamente el 50-55% de los pacientes con trastorno del neurodesarrollo padecen trastornos del sueño, con claro empeoramiento tras la pandemia, siendo el insomnio de conciliación el más frecuente (50). En el análisis llevado a cabo por Masi et al

(51) en pacientes con trastornos del desarrollo psicomotor, se muestra empeoramiento clínico a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 en el 64,5% de los encuestados. El 81,6% aumentó el uso de pantallas, 68% redujo la actividad física, 43,6% refirió trastorno del sueño y 32,4% alteraciones en la alimentación. El 18,8% precisó un incremento de dosis farmacológica según lo informado por las familias (51). En nuestro estudio, se evidencia un incremento de derivaciones a SMIJ (N=52 vs N=236; $p<0,001$) a pesar de la reducción del total de demandas, por lo que la clínica atendida parece, a priori, más grave que en etapa “prepandemia”.

En lo que respecta a trastornos del sueño, una correcta higiene de sueño es imprescindible para un adecuado desarrollo infantil (52). En la literatura se describe una prevalencia de trastornos del sueño muy variable (21,3%-72,2%) (34, 53). El aislamiento domiciliario trae consigo reducción de exposición solar, incremento del estudio en dormitorio, mayor uso de pantallas, menor actividad física, etc (54, 55). Es posible que el sueño haya mejorado en duración (dada la limitación temporal de otras actividades) y empeorado en calidad y patrón de sueño (44). Por otro lado, parecen haberse motivado más trastornos del sueño en niños con enfermedades psiquiátricas previas (54). Los niños con TEA y/o TDAH han visto afectado su ritmo circadiano y el uso de medicaciones en el horario rutinario (44). En la provincia de Zaragoza, han descendido las consultas sobre el sueño en AP, aunque se han asociado a un aumento de derivaciones a AE (N=34 vs N=138; $p<0,001$). Esto podría deberse a que las familias han aceptado como normal este tipo de problemas y solamente se han consultado los casos más graves. A pesar de ello, la prescripción farmacológica permanece invariable ($p=0,327$).

La incidencia y abordaje de trastornos del comportamiento infantil también han cambiado. Orgiles et al (56) refieren que muchos progenitores italianos y españoles percibieron variaciones emocionales y del comportamiento en sus hijos debido a la pandemia. El estudio catalán EmCoVID-19 revela un aumento de alteraciones de conducta en menores (57). Previamente los trastornos de comportamiento constituían un motivo frecuente de

consulta en AP (1 de cada 15 niños atendidos en AP presentaban síntomas compatibles, con prevalencia global del 3-7%) (58). En AE era el motivo de consulta más atendido junto al TDAH (17). En el estudio actual se ha observado una reducción en este motivo de consulta en AP. Además, han descendido las derivaciones al especialista, tanto en valores absolutos como relativos. La comparativa con otras series nos hace pensar que, lejos de disminuir su prevalencia, tanto los pediatras como las familias han aceptado como habituales algunas conductas tras las medidas sociosanitarias adoptadas.

Por último, el punto de la Salud Mental más destacado en literatura son los síntomas ansioso-depresivos provocados por la pandemia (59). Los niños que han sufrido una cuarentena son más propensos a dicha clínica (60) detectando cifras de hasta 30% de estrés postraumático (61). Xie et al (62) estima 22,6% de síntomas depresivos en edad infantojuvenil durante la pandemia, así como 18,9% de ansiedad, cifras superiores a las detectadas previamente, incluso en epidemias como la de la gripe A (62, 63). Tras el inicio del SARS-CoV-2 contamos con series nacionales como la de Lavigne-Cerván et al (64) que detectaron un incremento de ansiedad infantil, especialmente de los 9 a los 12 años. En nuestro estudio no se evidencia mayor demanda asistencial por ansiedad, aunque en el “no confinamiento” cobró mayor relevancia en relación a otros motivos de consulta. No se han confirmado mayores tasas de derivación a Salud Mental ni mayor prescripción de ansiolíticos. Tampoco se ha demostrado el aumento de síntomas depresivos (2,2% de consultas en ambos periodos), con disminución de derivaciones a Salud Mental ($p<0,001$) y reducción de tratamiento farmacológico ($p=0,003$). En contraposición, el 72,3% de los fármacos antidepresivos fueron pautados en el periodo 2. Esto podría deberse a que quizás en la consulta de SMIJ impresionaron de síntomas depresivos algunos casos catalogados desde AP como trastornos del comportamiento.

La gran fortaleza de este estudio es el tamaño muestral, ya que representa a prácticamente la totalidad de la población infantil de la provincia de Zaragoza y, con estos datos, es posible estimar cómo ha afectado la pandemia en este aspecto a

nivel nacional. Además, no solamente se conoce el motivo de consulta, sino también las derivaciones a Salud Mental y los psicofármacos prescritos. No obstante, el estudio cuenta con algunas limitaciones, como la falta de individualización y seguimiento de cada paciente, dada la recogida de datos a través de un organismo institucional. A su vez, los pacientes tratados previamente en Salud Mental, quizás hayan acudido directamente al especialista ante un agravamiento de síntomas en tiempos de pandemia, por lo que se desconocen dichos datos si no han consultado en AP. Como futuras líneas de investigación, resultaría interesante conocer la evolución de la SMIJ a medio plazo y no solamente en momentos próximos a la pandemia. Al mismo tiempo, sería útil analizar la repercusión en función de las características socioculturales de las familias.

CONCLUSIONES

A pesar de la reducción inicial de consultas relativas a SMIJ en AP de la provincia de Zaragoza a raíz del confinamiento por el SARS-CoV-2, destaca el aumento relativo en el “no confinamiento” de la demanda asistencial por ansiedad y trastornos del sueño, frente a un descenso importante del número de consultas por TDAH, trastornos del comportamiento y alteraciones del desarrollo psicomotor. Se evidencian más derivaciones a Salud Mental por trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor. También se observa un incremento relativo de derivaciones a Psiquiatría y Atención Temprana, así como un ascenso de las tasas de prescripción de psicofármacos.

A pesar de que el paso a la telemedicina aporta numerosos beneficios, es necesario ofrecer una asistencia presencial de calidad. El pediatra de AP es importante en la detección, orientación y seguimiento de niños con patología psiquiátrica, por lo que el trabajo conjunto con las Unidades de Salud Mental es fundamental.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores han colaborado en la recogida de datos, análisis de datos, revisión bibliográfica, redacción de manuscrito y revisión del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. 2020. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/ITCoronavirus/informesPrevios.htm>
3. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan para la transición hacia una nueva normalidad. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4884>
4. Espada JP, Orgilés M, Piqueras JA, Morales A. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clin Salud*. 2020;31(2): 109-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
5. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MC, Tizón García JL; Grupo

- de Salud Mental del PAPPs. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52(Suppl 2): 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
6. Marchi J, Johansson N, Sarkadi A and Warner G. The Impact of the COVID-19 Pandemic and Societal Infection Control Measures on Children and Adolescents' Mental Health: A Scoping Review. *Front. Psychiatry*. 2021;12: 711791. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.711791>
 7. García-Dantas A, Justo-Alonso A, González-Vázquez A, Sánchez-Martín M, del Río-Casanova L. Immediate Psychological Response during the Very Early Stage of the Coronavirus Pandemic (COVID-19) in a Spanish Community Sample. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021;49(4): 180-93. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3576927>
 8. López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 23-31. https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_23_31_aumento_trastornos_mentales.pdf
 9. Brasso C, Bellino S, Blua C, Bozzatello P, Rocca P. The impact of SARS-CoV-2 infection on the mental health of young people: a narrative review. *Biomedicines*. 2022;10(4): 772. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10040772>
 10. Osgood K, Sheldon-Dean H, Kimball H. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Children's Mental Health What We Know So Far. 2021. Children's mental health report. Internet. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp>
 11. Parrado-González A, León-Jariego JC. Covid-19: Factors associated with emotional distress and psychological morbidity in spanish population. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94: 1-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507849/>
 12. 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): 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
 13. Moya-Lacasa C, Álvarez Vázquez CM, González-Blanco L, Valtueña-García M, Martín-Gil E, Seijo-Zazo E, et al. Impact of the coronavirus outbreak on mental health in the different Spanish regions. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021;49(2): 64-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33686638/>
 14. Jerónimo MA, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;1: 7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
 15. Lombardía Fernández C, Rivera Abello H, Sánchez Martínez J. Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19. *Adolescere* 2022;10(3): 21-9.
 16. Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018 [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 135-143. https://www.aepap.org/sites/default/files/135-143_psicofarmacologia_en_ninos_y_adolescentes.pdf
 17. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(Suppl 19): 93-106. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000500001
 18. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Pate RR, Turner-McGrievy GM, Kaczynski AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *Int. J. Behav*. 2017;14(100): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0555-2>
 19. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Rev. psiquiatr*.

- infant.-juv. 2020;37(2): 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
20. Save the Children. Save the Children advierte de que las medidas de aislamiento social por la COVID-19 pueden provocar en los niños y niñas trastornos psicológicos permanentes como la depresión. 2020. [Internet] [Citado el 9 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-advierte-de-que-las-medidas-de-aislamiento-social-por-la-covid-19-pueden>
21. Baldaquí N, Morer A, Calvo-Escalona R, Plana MT, Lázaro L, Baeza I. Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental Infantil y Juvenil de un hospital general. *Rev. psiquiatr. infant.-juv.* 2021;38(1): 31-9. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a5>
22. Rodríguez-Ceberio M, Agostinelli J, Daverio R, Benedicto G, Cocola F, Jones G, et al. Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Arch Med.* 2021;21(2): 548-55. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4046.2021>
23. Santos JHC, Sola PPB, Santos MA, Oliveira-Cardoso EA. Changing face-to-face psychological care to remote mode: facilitators and obstacles in the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2023;31: e3900. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6468.3899>
24. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale.* 2020;46: 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
25. Stavridou A, Stergiopoulou AA, Panagouli E, Mesiris G, Thirios A, Mougiakos T, et al. Psychosocial consequences of COVID-19 in children, adolescents and young adults: A systematic review. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2020;74: 602-31. <https://doi.org/10.1111/pcn.13134>
26. Pedreira Massa JL. Salud Mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública.* 2020; 94: 1-17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11582998/>
27. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14: 1-11.
28. Prestia D, Pozza A, Olcese M, Escelsior A, Dettore D, Amore M. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Res.* 2020;291: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>
29. Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(7): 570-72. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30222-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30222-4)
30. Ansbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U. How is COVID-19 Afecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families?. *J Autism Dev Disord.* 2021;51: 1772-80. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04577-2>
31. Domínguez Martín C, Martín Arranz E, Martínez Fernández J, Díez Revuelta A. Evolución del impacto psicopatológico al año del confinamiento por COVID-19 en menores con patología psiquiátrica previa y en sus familiares o cuidadores. *Rev Psiquiatr Infanto Juv.* 2022;39(3): 21-40. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n3a4>
32. Espinosa FD, Metko A, Raimondi M, Impenna M, Scognamiglio E. A model of support for families of children with autism living in the COVID-19 lockdown: Lessons from Italy. *Behavior Analysis in Practice.* 2020;13(3): 550-58. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00438-7>
33. Corbett BA, Muscatello RA, Klemencic ME, Schwartzman JM. The impact of COVID-19 on stress, anxiety, and coping in youth with and without autism and their parents. *Autism Res.* 2021;14: 1496-511. <https://doi.org/10.1002/aur.2521>
34. Türkoğlu S, Necmi Uçar H, Hilmi Çetin F, Ali Güler H, Esat Tezcan M. The relationship

- between chronotype, sleep, and autism symptom severity in children with ASD in COVID-19 home confinement period. *Chronobiol*, 2020;37(8): 1207-13. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1792485>
35. Espluga-Frigola N, Cardoner N, Pàmias-Massana M, Palao-Vidal DJ. Comorbidity of autism spectrum disorder and bipolar disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2017;45(2): 79-88. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/265>
 36. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
 37. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;67(1): 1-13. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
 38. Lee J, Mental health effects of school closures during COVID-19. 2020. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2020;4(6): 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
 39. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, Caci H, Franc N, Gamon L, et al. How do children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) experience during the COVID-19 outbreak? *Encephale J.* 2020;46: 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
 40. Melegari MG, Giallonardo M, Sacco R, Marcucci L, Orecchio S, Bruni O. Identifying the impact of the confinement of Covid-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research.* 2021;296: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113692>
 41. Sánchez-García MA, Pérez de Albéniz A, Paino M, Fonseca-Pedrero E. Emotional and Behavioral Adjustment in a Spanish Sample of Adolescents. *Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(6): 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.actaes.2018.06.001>
 42. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at “invisible”; risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry.* 2014;13(1): 78-86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
 43. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8): 837. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
 44. Becker SP, Sidol CA, Van Dyk TR, Epstein JN, Beebe DW. Intraindividual variability of sleep/wake patterns in relation to child and adolescent functioning: A systematic review. *Sleep Med. Rev.* 2017;34: 94-121. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.07.004>
 45. De la Torre M, Pardo R. Guía para la intervención telepsicológica. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019). Disponible en: http://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf
 46. LeBourgeois MK, Hale L, Chang AM, Akacem LD, Montgomery-Downs HE, Buxton OM. Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics.* 2017;140(2): 92-6. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758J>
 47. De Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PFA, Verheij F. High rates of psychiatric comorbidity in PDD-NOS. *J Autism Dev Disord.* 2006;37(5):877-886. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0215-x>
 48. Merikangas KR, Calkin, ME, Burstein M, He JP, Chiavacci R, Lateef T, et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics.* 2015;135(4): 927-38. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1444>
 49. Aishworiya R, Kang YQ. Including Children with Developmental Disabilities in the Equation During this COVID-19 Pandemic. *J Autism*

- Dev Disord. 2021;51: 2155-58. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04670-6>
50. Micheletti MB, Cafiero P, Napoli S, Lejarraga C, Pedernera-Bradichansky P, Vitale MP, et al. Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por COVID-19. Arch Argent Pediatr. 2021;119(5): 296-303. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.296>
51. Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Ishra Azim S, Woolfenden S, Efron D, Eapen V. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. J Paediatr Child Health. 2021;57(5): 631-6. <https://doi.org/10.1111/jpc.15285>
52. Gregory AM, Sadeh A, Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders – a review of the latest science. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57: 296-317. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12469>
53. Baptista AS, Prado IM, Perazzo MF, Pinho T, Paiva SM, Pordeus IA, Serra-Negra JM. Can children's oral hygiene and sleep routines be compromised during the COVID-19 pandemic? Int J Paediatr Dent. 2021 Jan;31(1): 12-9. <https://doi.org/10.1111/ipd.12732>
54. Becker SP, Gregory AM. Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. J Child Psychol Psychiatr. 2020;61(7): 757-9. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13278>
55. Tsai KM, Dahl RE, Irwin MR, Bower JE, McCreath H, Seeman TE, et al. The roles of parental support and family stress in adolescent sleep. Child Dev. 2018;89: 1577-1588. <https://doi.org/10.1111/cdev.12917>
56. 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>
57. Via E, Estrada-Prat X, Tor J, Virgili C, Fábrega M, Duran L, et al. COVID-19 Pandemic: Increased risk for psychopathology in children and adolescents?. Research Square. [Internet] 2020. Disponible en: COVID-19 Pandemic: Increased risk for psychopathology in Children and Adolescents? | Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-104507/v1>
58. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral 2017;21(2): 73-81. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/trastornos-del-comportamiento-2022/>
59. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. J. Affect. Disord. 2020;275: 112-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
60. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Med Public Health Prep. 2013;7(1):105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
61. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52: 1048-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
62. Xie X, Xue Q, Zhou Y, 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>
63. Magiati I, Ponniah K, Ooi YP, Chan YH, Fung D, Woo B. Self-reported depression and anxiety symptoms in school-aged Singaporean children. Asia Pac Psychiatry. 2015;7(1): 91-104. <https://doi.org/10.1111/appy.12099>
64. Lavigne-Cerván R, Costa-López B, Juárez-Ruiz de Mier R, Real-Fernández M, Sánchez-Muñoz de León M, Navarro-Soria I. Consequences of COVID-19 confinement on anxiety sleep and executive functions of children and adolescents in Spain. Front Psychol. 2021;12: 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565516>

María Dorado Fajardo ¹ 
Javier Molina Cabrerizo ¹ 
César Emilio Vence Morón ¹ 
Sara Jiménez Fernández ^{1,2} * 
Óscar Herreros Rodríguez ¹ 
Francisco Díaz Atienza ^{1,2} 

1. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Granada. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.
2. Departamento de Psiquiatría. Universidad de Granada, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Sara Jiménez Fernández
Correo: sjimenez@ugr.es

Síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo (PANS) en un adolescente en tratamiento por leucemia linfoblástica aguda de células B. A propósito de un caso

Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS) in an adolescent undergoing treatment for B-cell acute lymphoblastic leukemia: A case report

RESUMEN

Introducción: El Síndrome Neuropsiquiátrico Pediátrico de Inicio Agudo (PANS) es un diagnóstico reciente, desarrollado para abarcar una gama más amplia de presentaciones clínicas que el Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado a Estreptococo (PANDAS). PANS incluye síntomas como el inicio abrupto de Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y otros síntomas neuropsiquiátricos graves. **Presentación del caso:** Se describe el caso de un adolescente de 15 años con leucemia linfoblástica aguda de células B, que tras recibir tratamiento quimioterápico, desarrolla un cuadro neuropsiquiátrico complejo. El paciente presentó síntomas como hiporexia, elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas, junto con síntomas obsesivo-compulsivos, ansiedad, irritabilidad y clínica psicótica. Tras la administración de diversos tratamientos, incluyendo antibióticos, antivirales y psicofármacos, se observó una mejoría significativa en los síntomas neuropsiquiátricos y hepáticos. **Discusión:** El caso plantea un desafío diagnóstico, ya que la sintomatología presentada podría ser compatible con varias condiciones, incluyendo encefalitis límbica y otros trastornos neuropsiquiátricos. Se descartaron infecciones virales y alteraciones autoinmunes mediante estudios específicos, sugiriendo que los síntomas neuropsiquiátricos podrían estar relacionados con una respuesta autoinmune o inflamatoria en el contexto del tratamiento quimioterápico. **Conclusiones:** Este caso

ABSTRACT

Introduction: Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS) is a recent diagnostic category developed to encompass a broader range of clinical presentations than Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcus (PANDAS). PANS includes symptoms such as the sudden onset of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and other severe neuropsychiatric symptoms. **Case Presentation:** This case involves a 15-year-old adolescent with B-cell acute lymphoblastic leukemia who developed a complex neuropsychiatric syndrome following chemotherapy treatment. The patient presented with symptoms including poor appetite, elevated bilirubin and liver enzymes, along with obsessive-compulsive symptoms, anxiety, irritability, and psychotic episodes. After administering various treatments, including antibiotics, antivirals, and psychotropic medications, there was a significant improvement in both neuropsychiatric and hepatic symptoms. **Discussion:** This case presents a diagnostic challenge, as the symptoms could be consistent with several conditions, including limbic encephalitis and other neuropsychiatric disorders. Viral infections and autoimmune alterations were ruled out through specific studies, suggesting that the neuropsychiatric symptoms might be related to an autoimmune or inflammatory response

destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario para el diagnóstico y manejo de PANS, subrayando la necesidad de descartar otros trastornos antes de llegar a un diagnóstico definitivo. La evolución positiva del paciente tras un tratamiento dirigido respalda la hipótesis de una etiología autoinmune o inflamatoria subyacente.

Palabras clave: PANS (Síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo), encefalitis límbica, obsesivo-compulsivo, hepatopatía, autoinmune.

INTRODUCCIÓN

El término PANS (Síndrome neuropsiquiátrico pediátrico de inicio agudo) responde a un nuevo diagnóstico clínico propuesto a partir de que el concepto PANDAS (Trastorno pediátrico neuropsiquiátrico autoinmune asociado a *Streptococo*), se tornara insuficiente ante nuevos casos, estudios, limitaciones y dudas en torno a este diagnóstico clínico tan abrupto y llamativo (1).

El PANDAS, acrónimo del Trastorno Neuropsiquiátrico Autoinmune Pediátrico Asociado a Infecciones Estreptocócicas, fue definido en 1998 bajo la premisa de ser un grupo de trastornos que incluyen la aparición de forma aguda o la exacerbación de tics y/o síntomas obsesivo-compulsivos y están asociados a la presencia de una infección estreptocócica (Tabla 1). Sin embargo, el diagnóstico de esta entidad no era sencillo, ya que el requisito de que dicha sintomatología apareciera o se exacerbara en el contexto de una infección por *Streptococo* del grupo A (GAS) era complicado dada la alta prevalencia de infecciones por este grupo de bacterias en la edad pediátrica, provocando tanto sub como sobrediagnósticos de PANDAS. Añadiéndose además, que la aparición de forma aguda y el curso episódico descrito para el PANDAS podría también ser característico de los tics (2).

Dada la polémica alrededor del diagnóstico de PANDAS, en el año 2012 se concluye con el desarrollo de nuevos criterios diagnósticos (3) para lo que hoy se conoce como Síndrome neuropsiquiátrico de inicio

in the context of chemotherapy treatment. **Conclusions:** This case highlights the importance of a multidisciplinary approach in diagnosing and managing PANS, emphasizing the need to rule out other disorders reaching a definitive diagnosis. The patient's positive evolution following targeted treatment supports the hypothesis of an underlying autoimmune or inflammatory etiology.

Keywords: PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome), limbic encephalitis, obsessive-compulsive, hepatopathy, autoimmune.

agudo pediátrico (PANS) (Tabla 1), síndrome que incluiría en su definición al subgrupo PANDAS. Además, con este nuevo diagnóstico se identifican otros patógenos como *Mycoplasma pneumoniae*, *Borrelia burgdorferi*, el virus de la enfermedad Borna y *Toxoplasmosis gondii* como posibles causantes del síndrome (4).

La hipótesis central del PANS, a pesar de la necesidad de mayores estudios al respecto, sería la de una activación inapropiada del sistema inmune a raíz de una infección u otro desencadenante ambiental que provocaría la inflamación cerebral. Entre las causas estudiadas estaría la de que las toxinas o antígenos víricos o bacterianos pudieran atravesar la barrera hematoencefálica (BHE) o provocar la activación de linfocitos T, que generarían anticuerpos, que mediante un proceso de reacción cruzada, podrían atacar al tejido cerebral sano, causando así la inflamación referida. Una de las dianas de estos autoanticuerpos serían los ganglios basales, más concretamente, las interneuronas colinérgicas de los ganglios basales, las cuales tienen parte de su actividad en el control motor y conductual (5). De acuerdo con esta hipótesis y la experiencia clínica, las guías de manejo clínico del PANDAS y PANS, recomiendan intervenciones conductuales, terapias inmunomoduladoras y antibióticos junto al tratamiento psiquiátrico estandarizado (6).

Se presenta el caso de un chico de 15 años en tratamiento por una Leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA-B) de diagnóstico reciente, que se encuentra ingresado en la unidad de Hematología de

46

nuestro Hospital Universitario tras recibir un primer ciclo de tratamiento quimioterapéutico, y presentar un cuadro clínico complejo de inicio subagudo que sugiere el diagnóstico de PANS.

El paciente y sus familiares fueron informados y dieron su consentimiento para publicar su experiencia clínica. Los autores se comprometen a cumplir con los lineamientos y requisitos internacionales, nacionales e institucionales para publicar datos clínicos de humanos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes personales médicos y psiquiátricos

No presenta antecedentes familiares de salud mental.

Historia de embarazo y del desarrollo sin alteraciones. Bien integrado en grupo de iguales.

Estudia 4° de educación secundaria obligatoria, rendimiento adecuado hasta el momento del diagnóstico.

Enfermedad actual

Ingreso reciente para la inducción (1A, para pacientes estándar) del protocolo de quimioterapia LAL SEHOP PETHEMA 2013, que incluyó prednisona, vincristina, daunorrubicina y L-asparaginasa (7). Durante éste, presenta estreñimiento secundario a Vincristina, epistaxis recurrentes por coagulopatía secundaria a PEG-asparaginasa y hepatopatía con aumento de la bilirrubina total a partir de bilirrubina indirecta sin datos de hemólisis. Estas complicaciones prolongaron el ingreso durante 31 días.

Fue remitido al domicilio tras normalización clínica hepática, encontrándose sin datos de hepatotoxicidad y con ecografía abdominal sin alteraciones significativas. Al quinto día reingresa por un cuadro de malestar general asociado a hiporexia, sin fiebre ni otros signos o síntomas infecciosos o de focalidad asociados. En la analítica se observa empeoramiento del perfil hepático con una Bilirrubina total 6 mg/dL (directa 2,98 mg/dL, indirecta 3,02 mg/dL), hipertransaminasemia (LDH 364 U/L, GOT 75 U/L, GPT 176 U/L)

Tabla 1. Criterios diagnósticos de PANDAS y PANS

Criterios PANDAS	Criterios PANS
1. Diagnóstico de TOC y/o Trastorno por Tics.	1. Inicio abrupto de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) o una ingesta de alimentos muy restringida.
2. Inicio infantil- entre los 3 años y el comienzo de la pubertad.	2. Concurrencia con al menos 2 de los siguientes síntomas neuropsiquiátricos de inicio también agudo y grave: <ol style="list-style-type: none"> Ansiedad Labilidad emocional y/o depresión Irritabilidad, agresividad y/o conductas oposicionistas graves. Regresión conductual. Deterioro del rendimiento escolar relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o alteraciones cognitivas como dificultades en la memoria. Anomalías sensoriales o motoras como la aparición de alucinaciones o tics. Síntomas somáticos como trastornos del sueño, enuresis o polaquiuria.
3. Curso episódico-inicio abrupto o exacerbaciones bruscas de los síntomas.	3. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno médico o neurológico conocido.
4. Asociación con infección por estreptococo del grupo A (GAS)	
5. Asociación con anomalías neurológicas tipo hiperactividad motora o movimientos coreiformes.	

e hipofibrinogenemia (61 mg/dL). La ecografía abdominal refleja esteatosis hepática en grado 3 no presente en el estudio anterior y se inicia tratamiento con fibrinógeno y uridintrifosfato. Días posteriores las cifras de bilirrubina continúan en ascenso hasta 11 mg/dL (bilirrubina directa de 7.14 mg/dL) y empeoramiento de enzimas de citólisis (GOT 619 U/L, GPT 1167 U/L y LDH 746 U/L) y colestasis (FA 170 U/L y GGT 316 U/L), compatible con DILI (drug-induced liver injury) de componente mixto, y se comienza a tratar de manera urgente con L-carnitina, Hidroxil, Ácido ursodesoxicólico y Maleato de dexclorfenamina con mejoría progresiva del perfil hepático, suspendiéndose entonces dichos tratamientos y siendo de nuevo remitido al domicilio.

Tras el alta, una vez en el domicilio y tras unos diez días de estabilidad psicopatológica, el menor comienza a sentirse débil y preocupado por su estado físico, visualiza repetidamente vídeos de contenido de fisioterapia y de estiramientos que realiza de modo cada vez más frecuente, ocupando esta actividad cada vez mayor parte del tiempo. La clínica se acompaña de tendencia al aislamiento, conducta desafiante y opositora (marcado cambio con respecto a su conducta previa), conducta desinhibida (actividad masturbatoria delante de familiares), fallos de atención, bradipsiquia y alteración en la comprensión de órdenes sencillas que se instauran de modo progresivo durante aproximadamente 2 semanas.

Nuevamente ingresa para el segundo ciclo de quimioterapia que debe suspenderse ante el empeoramiento de síntomas neuropsiquiátricos en el hospital con episodios de confusión, síntomas psicóticos, agitación y empeoramiento de sintomatología obsesivo-compulsiva hasta llegar al bloqueo, que se llegan a prolongar durante diez días. Se realizó despistaje orgánico: líquido cefalorraquídeo (LCR) sin alteraciones; Tomografía axial computerizada (TAC) de cráneo en la que se encuentra quiste aracnoideo en fosa media y cisura de Silvio izquierda de aproximadamente 4.5 cm x 1.6 cm x 4 cm, en analítica de sangre se observa mejoría del perfil hepático sin alcanzar valores

normales (Bilirrubina total 1.7 mg/dL a expensas de la indirecta); Resonancia Magnética (RM) con y sin contraste vuelve a mostrar el quiste aracnoideo temporal izquierdo; Electroencefalograma (EEG) muestra actividad lenta entremezclada en región temporal derecha sobre una actividad de fondo normal, compatible con afectación focal en dicha localización, de etiología inespecífica. El hallazgo de EEG justifica ampliación del estudio sin hallazgos relevantes: Anticuerpos (Ac) onconeuronales y anti-superficie neural (anti-AMPA, GABA, NMDA, anti-canales de potasio) en LCR normales. De modo empírico fueron pautados diversos antibióticos y antivirales (ampicilina, meropenem, linezolid y aciclovir).

En ese momento fue solicitada la valoración de la Unidad de Psiquiatría Infanto-juvenil. Presenta un cuadro importante de clínica obsesivo-compulsiva con preocupaciones somáticas y práctica compulsiva de estiramientos hasta hacerse daño. Se acompaña de elevada ansiedad y un cuadro fluctuante de inquietud psicomotriz e irritabilidad, que se alterna con somnolencia e inversión del ciclo sueño-vigilia. Presentaba también episodios ocasionales de confusión, bloqueos del pensamiento, conducta desorganizada (con pérdida de autonomía en el autocuidado) y desinhibición. Desconfianza, falsos reconocimientos y posibles alucinaciones visuales (verbaliza haber visto a un familiar fallecido).

Dado que inicialmente se sospechó un posible síndrome confusional, se instauró tratamiento con haloperidol que es el fármaco más estudiado para estos casos (6) y que permite una administración I.M. ante la falta de colaboración. Fueron prescritos hasta 3,5 mg/día vía oral con ajustes progresivos en descenso en los días consecutivos por extrapiramidalismo, manteniéndose con 2,4 mg al día (0.8 mg cada ocho horas) hasta el final del ingreso.

En unos días se produce la remisión de la clínica confusional y de las manifestaciones neuropsiquiátricas, con resolución posterior de los síntomas obsesivo-compulsivos coincidiendo con la estabilización de los parámetros hepáticos. El tratamiento fue suspendido en dos semanas y desde

entonces, cinco meses después, el paciente se ha mantenido libre de síntomas.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso de un adolescente con un cuadro neuropsiquiátrico complejo de origen desconocido. Ante esta situación, tras descartar una infección vírica o alteraciones autoinmunes/paraneoplásicas, es conveniente valorar la presencia de una encefalitis límbica, que cursa con alteraciones en la RM y el EEG en lóbulos temporales y con autoanticuerpos (9).

La encefalitis límbica cursa con la presencia de más de uno de los siguientes criterios: alteración reciente de la memoria, crisis de lóbulo temporal, anomalías psiquiátricas y, además, cumplir una de las siguientes condiciones: a) neuropatología (encefalitis temporo-medial crónica); b) tumor diagnosticado en los siguientes 5 años del inicio de los síntomas con signos neurológicos; c) anticuerpos onconeuronales o Ac anti-VGKC, NMDAR, GAD; d) hallazgo en la resonancia cerebral de un incremento inexplicado de señal temporo-medial FLAIR/T2 (10 y 11). El diagnóstico y tratamiento precoz en estos casos es fundamental.

Con los hallazgos obtenidos tampoco se confirmó el diagnóstico de encefalitis límbica. Se mantuvo el tratamiento profiláctico con antibiótico y antivirales, la suspensión del ciclo de quimioterapia y se añadió dexclorfeniramina para manejar la respuesta inflamatoria y ácido ursodesoxicólico que, junto a su función principal de proteger la integridad de los conductos biliares, ha demostrado también un efecto antiinflamatorio y propiedades inmunomoduladoras y antiapoptóticas (12). Desde el punto de vista psiquiátrico únicamente fue prescrito haloperidol, que se mantuvo durante dos semanas hasta la resolución completa del cuadro clínico. Los antipsicóticos han demostrado efecto antiinflamatorio en pacientes con esquizofrenia (13), en concreto el haloperidol podría mediar este efecto a partir de la inhibición de canales de protones en células de microglía que son importantes en la síntesis de radicales libres y citocinas proinflamatorias (14).

La clínica y la evolución observada nos hacen pensar que nos encontramos ante un PANS. Según la literatura, la clínica consiste en la aparición inesperada de un cortejo obsesivo-compulsivo junto con el desarrollo de hasta seis de otros síntomas neuropsiquiátricos concomitantes, que incluyen síntomas cognitivos, psicóticos y de la conciencia. Las alucinaciones auditivas y visuales complejas han sido también descritas en pacientes con PANS, y se asocian con una mayor gravedad y con una mayor discapacidad y sobrecarga de los cuidadores (15).

Hasta la fecha, no se conoce la causa del PANS de forma clara, pero se cree que es el resultado de una compleja interacción de factores genéticos, infecciosos e inflamatorios (3 y 5), siendo necesario para llegar al diagnóstico descartar otros trastornos orgánicos, fundamentalmente cuando el cuadro aparezca con otros síntomas neuropsiquiátricos. La presencia de síntomas psicóticos, la desorganización, los síntomas cognitivos, la desorientación temporo-espacial fluctuante y las convulsiones, siempre requerirá realizar un diagnóstico diferencial con otras afecciones inflamatorias e inmunológicas del SNC, fundamentalmente cuando existan alteraciones en el EEG (2).

CONCLUSIONES

Este caso viene a ilustrar la importancia de establecer un diagnóstico diferencial amplio que incluya la encefalopatía autoinmune, PANDAS/PANS, infección y otros trastornos inmunológicos al evaluar a los pacientes que presentan TOC con rituales, ansiedad grave y síntomas psicóticos.

En el presente caso clínico se han revisado de manera exhaustiva el diagnóstico diferencial y la evolución clínica de un adolescente que presentó síntomas neuropsiquiátricos agudos en el contexto de una leucemia linfoblástica aguda y su tratamiento quimioterápico. A través del análisis detallado de la cronología de los síntomas y la respuesta a las intervenciones terapéuticas, se han podido contrastar las características clínicas y los criterios diagnósticos del Síndrome Neuropsiquiátrico Pediátrico de Inicio Agudo (PANS).

1. Diagnóstico diferencial complejo: El caso presentado resalta la complejidad del PANS, que sigue siendo controvertida y requiere una evaluación exhaustiva para descartar otros diagnósticos médicos subyacentes.

2. Importancia de una evaluación multidisciplinaria: La intervención de múltiples especialidades, incluyendo hematología, neurología y psiquiatría, fue crucial para una comprensión integral del cuadro clínico. La colaboración interdisciplinaria permitió un abordaje más completo y preciso del paciente, lo cual es fundamental en casos de presentación clínica compleja y multicausal como este.

3. Respuesta terapéutica individualizada: El tratamiento del paciente incluyó una combinación de manejo etiológico y la administración de psicofármacos para controlar la sintomatología neuropsiquiátrica. La respuesta parcial inicial al haloperidol y la necesidad de ajustes en la dosificación subrayan la importancia de una gestión terapéutica individualizada y flexible, adaptada a la evolución clínica y la respuesta del paciente.

4. PANS como diagnóstico de exclusión: Este caso refuerza la concepción del PANS como un diagnóstico de exclusión, en el que es vital descartar otras posibles etiologías antes de llegar a una conclusión definitiva. La mejoría clínica observada tras el manejo de la hepatitis y la estabilización neuropsiquiátrica apoya la hipótesis de una interrelación etiológica compleja que podría implicar mecanismos autoinmunes o inflamatorios.

5. Necesidad de investigación futura: Este caso destaca la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en la patogénesis del PANS y su diferenciación de otros diagnósticos neuropsiquiátricos. La comprensión de los factores desencadenantes y de los mecanismos subyacentes podría facilitar el desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas más efectivas para el manejo de este síndrome.

En conclusión, este estudio de caso subraya la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico integral y multidisciplinario para abordar los síndromes neuropsiquiátricos pediátricos de inicio agudo y subagudo. La identificación precisa y el

manejo eficaz de estas patologías son esenciales para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes afectados. El caso aquí presentado añade información a la literatura existente y puede servir como referencia para la gestión de casos similares en el futuro.

FINANCIACIÓN

Este artículo no ha tenido fuente de financiación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

María Dorado Fajardo, Javier Molina Cabrerizo, Cesar Emilio Vence Morón, Sara Jiménez Fernández, Óscar Herreros Rodríguez y Francisco Díaz Atienza manifiestan que el presente artículo no tiene conflictos de interés.

CONTRIBUCIONES

María Dorado Fajardo y Sara Jiménez Fernández realizan el seguimiento del paciente y escriben el primer borrador del texto. Óscar Herreros Rodríguez, Javier Molina Cabrerizo, Cesar Emilio Vence Morón y Francisco Díaz Atienza realizan una revisión crítica del mismo. Todos los autores han aprobado la versión final del mismo.

REFERENCIAS

1. Wilbur C, Bitnun A, Kronenberg S, Laxer RM, Levy DM, Logan WJ, et al. PANDAS/PANS in childhood: Controversies and evidence. *Paediatr Child Health*. 2019;24(2): 85-91. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy145>
2. Chang K, Frankovich J, Cooperstock M, Cunningham MW, Latimer ME, Murphy TK, et al. Clinical evaluation of youth with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (PANS): Recommendations from the 2013 PANS consensus conference. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 Feb;25(1): 3-13. <https://doi.org/10.1089/cap.2014.0084>

3. Swedo SE, Leckman JF, Rose NR. From Research Subgroup to Clinical Syndrome: Modifying the PANDAS Criteria to Describe PANS (Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome). *Pediatr Therapeut.* 2012;2: 2. <https://doi.org/10.4172/2161-0665.1000113>
4. Endres D, Pollak TA, Bechter K, Denzel D, Pitsch K, Nickel K et al. Immunological causes of obsessive-compulsive disorder: is it time for the concept of an “autoimmune OCD” subtype?. *Transl Psychiatry.* 2022;12(1): 5. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01700-4>
5. Xu, J., Frankovich, J., Liu, R. J., Thienemann, M., Silverman, M. et al. Elevated antibody binding to striatal cholinergic interneurons in patients with pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2024;22: 241-55. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.07.044>
6. Sigrá S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;86: 51-65. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.01.001>
7. Programa Español de Tratamiento en Hematología (PETHEMA). Protocolo para el tratamiento de la leucemia aguda linfoblástica BCR:ABL1 negativa en adultos (Protocolo LAL-2019). 2023.
8. Sadlonova M, Duque L, Smith D, Madva EN, Amonoo HL, Vogelsang J, Staton SC, von Arnim CAF, Huffman JC, Celano CM. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;79: 60-75. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.10.010>
9. Tüzün E, Dalmau J. Limbic encephalitis and variants: classification, diagnosis and treatment. *Neurologist.* 2007 Sep; 13(5): 261-71. <https://doi.org/10.1097/NRL.0b013e31813e34a5>
10. Bataller L, Kleopa KA, Wu GF, Rossi JE, Rosenfeld MR, Dalmau J. Autoimmune limbic encephalitis in 39 patients: immunophenotypes and outcomes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2007 Apr;78(4): 381-5. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.100644>
11. Finelli PF. Autoimmune Limbic Encephalitis With GAD Antibodies. *Neurohospitalist.* 2011 Oct;1(4): 178-81. <https://doi.org/10.1177/1941875211413135>
12. Montoya-Orozco P. A., Moreno-Cuadros A. L. Papel del ácido ursodesoxicólico en 40 años de tratamiento para la colangitis biliar primaria. *Hepatología.* 2023;4(2): 152-64. <https://doi.org/10.59093/27112322.174>
13. Patel S, Keating BA, Dale RC. Anti-inflammatory properties of commonly used psychiatric drugs. *Front Neurosci.* 2023;16: 1039379. <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1039379>
14. Shin H, Song JH. Antipsychotics, chlorpromazine and haloperidol inhibit voltage-gated proton currents in BV2 microglial cells. *Eur J Pharmacol.* 2014;738: 256-62. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2014.05.049>
15. Silverman M, Frankovich J, Nguyen E, Leibold C, Yoon J, Freeman Jr GM et al. Psychotic symptoms in youth with Pediatric Acute-onset Neuropsychiatric Syndrome (PANS) may reflect syndrome severity and heterogeneity. *J Psychiatr Res.* 2019;110: 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.013>

Luisa Lázaro ¹ 
Josefina Castro ¹ 

1. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona, España.

Dr. Josep Toro



El 16 de diciembre de 2024 falleció el Dr. Josep Toro Trallero en Barcelona, a la edad de 88 años. Nos dejó un gran amigo, maestro y referente de una gran parte del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil del Hospital Clínic y uno de los psiquiatras más estimados del ámbito catalán y español de las últimas décadas.

Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona (UB), y Diploma en Psicología y Psicotecnia por la Universidad de Madrid, comenzó su andadura profesional como profesor de psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona, para posteriormente regresar a la Facultad de Medicina de la UB. Siendo profesor de ésta Facultad y de la Escuela de Psicología Clínica, su inquietud científica le llevó a crear, en los sótanos del Hospital Clínic, la denominada Unidad de Psicopatología Infantil Experimental, y fue allí donde comenzó a formar equipo y a introducir las intervenciones psicológicas científicas (eso que ahora llamaríamos terapias basadas en la evidencia), y a interesarse por patologías

como la enuresis, el trastorno obsesivo-compulsivo de inicio infantil y sobre todo la anorexia nerviosa. Por aquel entonces trataba pocos casos, pero muy graves, realizando un detallado análisis funcional de los pacientes, trabajando con ellos a modo de “caso único”.

A finales de la década de los 80 se creó la Sección de Psiquiatría Infantil dirigida por él. Por aquel entonces sólo contaba con una enfermera, una psiquiatra y varios psicólogos asistentes sin contrato o con contratos precarios siendo por esta sección por la que rotaban los residentes que deseaban formarse en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

En 1992 el equipo se integró en la red pública de asistencia en psiquiatría y psicología infantil, teniendo muy clara la importancia de incorporar psicólogos clínicos trabajando de igual a igual con los psiquiatras. En 1996, cuando ya era considerado un referente a nivel nacional en trastornos de la conducta alimentaria, consiguió la ampliación de la Sección, incorporando una sala de hospitalización general para trastornos mentales en niños y adolescentes y un hospital de día para trastornos de la conducta alimentaria, aunque ello supusiera un cambio de sede (hubo un traslado a la sede situada en el *Hospital Casa Maternitat*). En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria logró ser un referente no sólo a nivel asistencial, y docente, sino también en investigación, describiendo factores de riesgo y de mantenimiento de la enfermedad tras el estudio detallado de la población asistida; y validando los primeros cuestionarios de estas patologías. La creación del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y

Juvenil llegó unos años después, coincidiendo con su jubilación como psiquiatra del Hospital Clínic. A este servicio siguió acudiendo durante años, interviniendo en docencia y participando en las sesiones clínicas y científicas que se realizaban. Enseñó a todos los que se formaron con él la importancia de la atención cercana a los pacientes y a sus familias y la necesidad de hacer a todos partícipes del tratamiento. Además, colaboró durante todos estos años con la *Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia* (ACAB), siendo uno de los "impulsores" junto a varios familiares de pacientes del Servicio.

Como Profesor de la Facultad de Medicina destacan sus clases de psiquiatría infantil en el grado de medicina y la dirección del Curso de Posgrado y posteriormente Máster en Psicopatología de la Infancia y Adolescencia. Probablemente ésta ha sido una de las actividades en las que más ha disfrutado. Porque al lado del "clínico" siempre destacó su faceta docente, ese deseo de enseñar. Y así, año tras año, se llegó a formar a 28 promociones, formadas fundamentalmente por psicólogos de toda España y Latinoamérica, de los cuales siempre se sintió orgulloso. Podemos asegurar que la gran mayoría de exalumnos solo tienen palabras de agradecimiento para su maestro y amigo, como lo demostraron en la emotiva celebración de los 25 años del Máster (2017), del cual fue su espíritu impulsor y principal profesor hasta su finalización en el curso 2020-2021.

Como profesor y director de tesis hemos de destacar su puesta al día, su constancia y rigor. Seguía la literatura científica con pasión, leía el último artículo de las revistas más apreciadas en su ámbito, y los sintetizaba en sus fichas para tener ese contenido siempre presente. Revisor infatigable de artículos, capítulos, tesis..., cuidaba el lenguaje y el método hasta el límite.

Pero además de un excelente docente fue un gran comunicador. Recorrió varias veces la geografía española impartiendo cursos, ponencias, conferencias en numerosos congresos. Siempre tenía un lugar en su agenda para estos actos. Y también tuvo muy presente dos asociaciones científicas: la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) de la cual fue Socio de Honor y la Asociación Española para el estudio de

los trastornos de la conducta alimentaria (AEETCA) que ayudó a fundar.

También hemos de destacar su labor como divulgador científico y autor. En la década de los 60 cofundó con varios amigos y compañeros de profesión una editorial (Editorial Fontanella), donde se encargaron, mediante dos colecciones (Psicología de la Conducta Humana y Breviarios de Conducta Humana), de hacer llegar libros de los grandes autores de este campo a los estudiantes y profesionales que se iniciaban en la psicología. Posteriormente fue autor de numerosos libros: "Mitos y errores en la educación", desde un punto de vista pedagógico, "Causas y tratamiento de la enuresis", "Etiopatogenia y tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo", "El cuerpo como delito", "El cuerpo como enemigo", "El adolescente ante su cuerpo", "El adolescente en su mundo". A ello hay que añadir la coordinación del libro "Psicopatología del desarrollo" en el que muchos de nosotros participamos.

Compatibilizó también su dedicación a la asistencia en la práctica privada en el *Gabinete Galton*, institución pionera en la creación y desarrollo de un equipo multidisciplinario dedicado al estudio y tratamiento de las diferentes patologías mentales, fundamentalmente en niños y adolescentes, entidad que hace ya años cumplió el medio siglo y de la cual fue socio fundador.

No entraremos en los numerosos premios y reconocimientos que completan su reseña profesional, para quedarnos con su lado más humano. Persona afable, cercana, fuerte. Con un gran sentido del humor mezclado con una suave o no tan suave ironía. Respetado en todos los ámbitos, de una elevada calidad humana y con una capacidad incombustible de afrontamiento a los retos que le iba poniendo la vida. Hombre culto, con el que era un gusto dialogar, en el despacho o en las cenas que tantas veces hemos realizado. Se podía hablar de la última novela, de un ensayo, de la cartelera de cine o, sobretodo, de teatro. Y, no queremos olvidar su faceta de poeta. Cada año nos deleitaba con sus versos, regalando sus estrofas a sus queridos alumnos de Máster o a sus compañeros del Servicio. En nombre de todos ellos, a los que representamos, queremos mostrar el agradecimiento por la labor del maestro y la proximidad del amigo.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

56

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. SECCIONES ESPECIALES

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

7. AGENDA

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

8. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

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

9. PERSPECTIVA CLÍNICA

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

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (*PEER REVIEW*)

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

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

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

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

ARTÍCULO ORIGINAL

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

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

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

ARTÍCULO DE REVISIÓN

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

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

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

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

CASO CLÍNICO

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

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

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

PERSPECTIVA CLÍNICA

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

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

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

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

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

FINALIDAD

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

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

LEGITIMACIÓN

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

CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

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

DEBERES DE LOS AUTORES

NORMAS DE INFORMACIÓN

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

LA ORIGINALIDAD Y EL PLAGIO

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

LA PUBLICACIÓN MÚLTIPLE, REDUNDANTE O CONCURRENTE

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

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

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

RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES

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.