

S
U
M
A
R
I
O

EDITORIAL

Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables

Luisa Lázaro García..... 3

ARTÍCULO HISTORICO

Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNyA) en su setenta aniversario

María Jesús Mardomingo, Prudencio Rodríguez Ramos y Xavier Gastaminza..... 7

ARTICULO ORIGINAL

Intervención temprana tras los terremotos de Puerto Rico en enero de 2020: resiliencia, prevención y promoción de la salud mental infanto-juvenil

Susana Cruylles, M. Rolón, N. Sabaté, C. Kim, Y. Alsina y V. G. Carrión 23

ARTICULO DE REVISIÓN

Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos

R. Paricio del Castillo y M. F. Pando Velasco 30

IN MEMORIAM

Despedida al Dr. Gonzalo Morandé Lavín

Montserrat Graell, Ángel Villaseñor, Mar Faya y Silvia Gutiérrez 45

NORMAS DE PUBLICACIÓN..... 47

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2020;37(2)

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

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

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Director

Inmaculada Baeza

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

dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela

Hospital de Mataró, Barcelona.

secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antonio Pelaz

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

Carmen Moreno

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

César Soutullo

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

Covadonga Martínez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

Enrique Ortega

Complejo Asistencial Universitario de León.

Francisco Díaz

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Universidad de Granada.

Francisco Montañés

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Helena Romero

Hospital General de Alicante; Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Isabel Hernández

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

José Salavert

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

Juan José Carballo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón; CIBERSAM; Madrid.

Óscar Herreros

Universidad de Granada.

Pedro Manuel Ruíz

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

Rafael de Burgos

Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía; Instituto de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba.

Soraya Otero

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; Universidad de Cantabria.

Victor Carrión

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

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)

EBSCO Academic Search Premier

Fuente Académica Plus

REDIB

Evaluada en LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017).

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

Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

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

SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

www.jasolutions.com.co

Luisa Lázaro García 

Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil,
2017SGR881, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic
de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Universitat de
Barcelona, España.

DOI: [10.31766/revpsijv37n2a1](https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1)

Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables

Los términos salud, entendido como estado de bienestar físico, mental y social, y no meramente ausencia de afecciones o enfermedad (1), y salud mental o estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y hacer una contribución a su comunidad (2) se deben examinar en función del periodo histórico y del contexto cultural. Durante el presente siglo hemos experimentado cambios sociales que han impactado considerablemente en las vidas de los niños y adolescentes y sus familias. La aparición de nuevas estructuras familiares, el estilo de vida más individualista, el desarrollo de internet con un acceso ilimitado de información y conocimiento o el crecimiento de las redes sociales virtuales, nos coloca en una dinámica social compleja en la que cada vez se requiere más habilidades para adaptarse al entorno.

Tener en cuenta las condiciones de vida en las que una persona se desarrolla y su relación con la desigualdad, la inequidad, la pobreza o la marginalidad a las que esté expuesta es fundamental a la hora de evaluar la salud mental de ese individuo. Las personas con problemas de salud mental satisfacen los principales criterios de vulnerabilidad dado que experimentan estigma y discriminación, tienen más posibilidades de ser objeto de abuso y violencia que la población general, encuentran barreras para una participación plena en la sociedad y pueden ser también excluidas de las oportunidades educativas y de empleo (3). Pero también, el estigma, abuso y exclusión, es causado por los entornos sociales en los que uno habita, afectándose notoriamente la salud mental del individuo. Algunos grupos de población son más vulnerables que otros. En población infantil existen diferentes grupos vulnerables para presentar

psicopatología, entre los que destacan los hijos de padres con patología mental, menores sometidos a maltrato familiar o por iguales, poblaciones minoritarias, y menores migrantes.

La salud mental de los padres es determinante en la salud mental de los niños y adolescentes y en la aparición de psicopatología. Los menores con un padre o madre con patología mental tienen un riesgo claramente elevado de desarrollar problemas emocionales y conductuales (4). Existen factores genéticos y epigenéticos que contribuyen a la transmisión intergeneracional de la enfermedad mental (5,6), aunque también el comportamiento de los progenitores juega un papel esencial. La psicopatología de estos puede comprometer una conducta parental eficaz (7), y un comportamiento de los padres deficiente se relaciona con la aparición de psicopatología infantil (8). Es decir, una parentalidad menos eficaz o más negativa puede conducir a dificultades para encontrar recursos y habilidades adecuadas para abordar las necesidades del niño, y por tanto ir en detrimento de un desarrollo psicosocial adecuado del menor, mientras que un adecuado cuidado de los padres que favorezca el desarrollo socioemocional de los niños, les proporcionará a éstos resiliencia, aún con la presencia de otros factores de riesgo genéticos y ambientales (9). Cada contacto de los padres con el sistema de salud debería ser una oportunidad para valorar el estrés psicológico de los progenitores, relativamente frecuente y a veces poco observado por los profesionales. De esta forma se podrá proponer la ayuda necesaria tanto para limitar el impacto de la patología paterna, las dificultades vitales o los estilos parentales negativos con los hijos, como para favorecer el abordaje terapéutico de los menores, para el que tanto se necesita a los progenitores.

Una población especialmente vulnerable para presentar una variedad de problemas físicos y mentales es la integrada por niños y adolescentes sometidos a maltrato familiar, en cualquiera de sus vertientes: abuso sexual, abuso físico y emocional, negligencia física, emocional y educacional y presencia de violencia familiar. La adversidad temprana es uno de los mayores factores de riesgo para desarrollar psicopatología tanto internalizada como externalizada. Desde la neurociencia básica y cognitiva existen evidencias de un impacto en el desarrollo cerebral y en los procesos cognitivos, que puede influir tanto en la vulnerabilidad individual a presentar psicopatología en situaciones traumáticas como en la disminución de resistencia en caso de exposición a trauma en etapas más posteriores de la vida (10). La transmisión intergeneracional del maltrato infantil es uno de los hallazgos más frecuentes en las investigaciones sobre el tema (11). Este hecho y los claros efectos negativos que causa obligan a desarrollar programas de intervención efectivos para prevenir y reducir el maltrato. Las intervenciones preventivas han de ser eficaces y dirigidas desde el periodo prenatal ya que la crianza comienza desde el embarazo y las interacciones entre el feto y ambos progenitores influirán en el futuro desarrollo después del nacimiento, mediante p.e. cambios epigenéticos. En el contexto del maltrato y abandono familiar, no hemos de olvidar que un grupo especialmente vulnerable son los niños acogidos en centros residenciales para su protección y seguridad, tras haberlo sufrido en un gran porcentaje de los casos. En este colectivo se constata una elevada incidencia de problemas de salud mental que llega a ser hasta 4 veces mayor que en la población general (12), siendo claramente necesaria su detección precoz mediante instrumentos de evaluación de fácil uso por los profesionales de la educación social, y un acceso rápido a los recursos asistenciales en salud mental.

También la calidad de las relaciones con los iguales tiene un gran impacto en la salud mental del niño y del adolescente. El acoso entre iguales o *bullying*, definido como las acciones negativas durante un periodo prolongado, llevadas a cabo por un individuo o por un grupo, de forma directa o indirecta, al igual que el *ciberbullying*, puede tener amplios efectos adversos. Los niños que han sido maltratados por iguales tienen más probabilidad de tener problemas de salud mental que los que han sido maltratados en ambientes familiares (13). Dado que este fenómeno es altamente prevalente, y dadas las notables consecuencias negativas a largo plazo, se requiere un alto grado de atención y esfuerzo

en su prevención universal y de forma más particular en individuos que tienen un particular riesgo de ser acosados, debiendo ser reconocido este tipo de maltrato como un área de particular interés dentro de la salud pública.

En los últimos años, el número de personas desplazadas forzosamente a lo largo del mundo como resultado de persecución, conflicto, violencia o violación de los derechos humanos ha aumentado dramáticamente. Las personas refugiadas son más vulnerables a la enfermedad mental, siendo la exposición al trauma tanto en la premigración como durante la misma un riesgo que exacerba la probabilidad de un grave deterioro de la salud mental. Las adversidades de los refugiados en sus viajes son heterogéneas y destacan las experiencias de separación familiar o pérdida parental, diferentes tipos de violencia, además de desnutrición y menor acceso a la educación. En adolescentes refugiados se ha observado que la discriminación étnica o racial percibida por ellos va en detrimento de su salud mental (14). Todo ello influye en la existencia de una muy elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños refugiados y solicitantes de asilo en países europeos (15), destacando entre ellos el trastorno por estrés postraumático (16). En esta población es importante realizar acciones preventivas dirigidas a reducir el estrés psicológico, así como tratar los trastornos ya establecidos, todo ello llevado a cabo mediante una exhaustiva evaluación sociocultural por profesionales con conocimientos, habilidades y prácticas transculturales.

Finalmente, otras minorías son especialmente tributarias de valoración psicopatológica. Por una parte, menores cuya identidad de género u orientación sexual difieren de la de la mayoría de la sociedad, los cuales con cierta frecuencia presentan trastornos afectivos y ansiosos, conductas autolesivas y consumo de sustancias. No hay que olvidar qué si no se pregunta específicamente sobre su orientación, atracción o comportamientos sexuales, existe el riesgo de no identificarlos y por tanto ayudarlos. Y por otra, poblaciones con necesidades educativas especiales, en las que se ha de realizar un trabajo interdisciplinar y unitario, con decisiones colegiadas y coordinadas de dispositivos psicopedagógicos y de salud mental para poder aliviar la psicopatología cuando aparezca.

Resumiendo, existen niños y adolescentes doblemente vulnerables por pertenecer a colectivos más desfavorecidos y por presentar una deficiente salud mental o una patología psiquiátrica claramente

definida. Una salud mental precaria durante la infancia y la adolescencia aumentará el mal funcionamiento psicológico a corto y largo plazo con los consiguientes costes personales y económicos para la sociedad. Familias, colegios y la sociedad en su conjunto han de fomentar la incorporación de estrategias que incluyan prevención primaria, formación de padres y profesores e información clara sobre cómo mejorar el bienestar psicológico y el desarrollo cognitivo y emocional de los niños y adolescentes. Y serán los profesionales de la psicología clínica y la psiquiatría del niño y del adolescente quienes se ocuparán de los niños y jóvenes que ya hayan experimentado una clara afectación de sus emociones, cogniciones y conductas, conformando en muchos casos claros trastornos mentales. Al menos en parte, la salud de la población depende de acciones políticas que creen estrategias dirigidas tanto a la promoción del bienestar psicológico, como a la detección precoz de los trastornos y a la facilitación de recursos asistenciales próximos y bien dotados de profesionales con el fin último de favorecer la autonomía, la confianza y la dignidad fundamentalmente de los más vulnerables.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006. Disponible en: <https://www.who.int/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11- 16 de septiembre de 1950. Serie de Informes Técnicos, No. 31. Organización Mundial de la Salud; 1950.
3. Salud mental y desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable 2010. Organización Mundial de la salud. Mental Health & Poverty Project, 2010. ISBN: 978-9962-642-65-7
4. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Angermeyer MC, Benjet C, Bromet EJ, Bruffaerts R et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(4):290–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253>
5. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, Pawlby SJ, Caspi A. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(2):173–181
6. Monk C, Spicer J, Champagne FA. Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways. *Dev Psychopathol* 2012; 24(4):1361–1376. <https://doi.org/10.1017/S095457941200076>
7. Harvey E, Stoessel B, Herbert S. Psychopathology and parenting practices of parents of preschool children with behavior problems. *Parenting: Science and Practice* 2011; 11:239-263. <https://doi.org/10.1080/15295192.2011.613722>
8. Burke JD, Pardini DA, Loeber R. Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2008; 36: 679-692. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9219-7>
9. Ong MY, Eilander J, Saw SM, Xie Y, Meaney MJ, Broekman BFP. The influence of perceived parenting styles on socio-emotional development from pre-puberty into puberty. *Eur Child Adolescent Psychiatry* 2018; 27(1): 37-46. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1016-9>
10. Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry*. 2019; 11;10:118. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00118>
11. van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Coughlan B, Reijman S. Annual Research Review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: differential susceptibility perspective on risk and resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 2020; 61(3):272-290. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13147>
12. Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: A comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190, 319-325. doi:10.1192/bjp.bp.106.025023
13. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying

-
- and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry* 2015;2(6):524-31. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00165-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00165-0)
14. Oxman-Martinez J, Rummens AJ, Moreau J, Choi YR, Beiser M, Ogilvie L, Armstrong R. Perceived ethnic discrimination and social exclusion: newcomer immigrant children in Canada. *AmJOrthopsychiatry*.2012;82(3):376-88. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01161.x>
15. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szelag M, Kerschner B, Brattström P, Gartlehner G. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(10):1295-1310. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
16. Pfeiffer E, Sukale T, Müller LRF, Plener PL, Rosner R, Fegert JM, Sachser C, Unterhitzberger J. The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019; 11;10(1):1675990. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1675990>

María Jesús Mardomingo^{1*}

Prudencio Rodríguez Ramos²

Xavier Gastaminza³

1. Exjefa de la Sección de psiquiatría y psicología infantil Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Exprofesora Psiquiatría Infantil Universidad Complutense, Madrid. Presidenta de AEPNyA 2004-2008.

2. Exjefe de Sección de Psiquiatría en el programa de Infancia y Adolescencia de los Servicios de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Madrid. Miembro de honor de AEPNyA

3. NOVOMEDIGRUP. Hospital Infantil i de la Dona Vall d'Hebron. UAB. Barcelona.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

María Jesús Mardomingo

Correo electrónico: mjmardomingo@aepnya.net

Historia de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNyA) en su setenta aniversario

History of the Spanish Association of Child and Adolescent Psychiatry on its 70th Anniversary

RESUMEN

La Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente (AEPNyA) se fundó en Barcelona en el año 1950 como una sociedad médica que tenía como objetivo el estudio de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes. Su desarrollo corre en paralelo con la de la psiquiatría infantil europea. Los fundadores fueron hombres y mujeres ilustrados, comprometidos con su tiempo y con la salud mental, la educación y los derechos de la infancia. Este artículo aborda los hitos principales de la historia de AEPNyA y distingue tres periodos: los comienzos, la fase de afianzamiento y el tiempo de la madurez. Los autores desean rendir un homenaje a los miembros fundadores y a todos aquellos que han contribuido al desarrollo de la Asociación.

Palabras clave: Asociación española de psiquiatría del niño y del adolescente, AEPNyA, historia, historia psiquiatría infantil española.

ABSTRACT

The Spanish Association of Child and Adolescent Psychiatry (AEPNyA) was founded in 1950 in Barcelona as a medical society, and was one of the first Societies for Child Psychiatry in Europe. Its founders

were learned men and women who were concerned not only with children's psychiatric disorders, but also with their education and rights. The history of child psychiatry in Spain is intertwined with the development of this field throughout Europe. Over the course of its history, the AEPNyA has gone through several stages: its beginnings, its development, and its more established stage. This article pays tribute to the founders of the AEPNyA and to all those that have made a contribution to its development.

Key words: Spanish Society of Child and Adolescent Psychiatry, AEPNyA, History, Spanish child Psychiatry history.

INTRODUCCIÓN

La historia de la Psiquiatría Infantil española a lo largo del siglo XX tiene mucho en común con la historia de la psiquiatría infantil en el resto de Europa. No es una casualidad que sea a partir de los años 50 cuando surgen las primeras sociedades científicas de psiquiatría infantil en numerosos países occidentales, siendo AEPNyA una de las pioneras, ya que es anterior a la *European Society Child Adolescent Psychiatry* (ESCAP) y la *American Academy Child Adolescent Psychiatry* (AACAP). AEPNyA se gestó en 1949 y se fundó en el año 1950 en Barcelona,

con el nombre de Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil y ese mismo año se redactaron sus estatutos (1) (2). Su primer congreso se celebró en 1952, tras haber conseguido el preceptivo permiso oficial para reunirse, lo que incluía el visto bueno a la idoneidad de sus fundadores e integrantes. Por tanto, tras dos años de espera, lo que ya anticipaban lo que iba ser la historia de la asociación: una lucha continuada por lograr su subsistencia, crecimiento y reconocimiento oficial. Hasta hoy.

AEPNYA se crea como una “sociedad médica” con el objetivo de “incrementar en nuestra patria el estudio de la neurología y de la Psiquiatría infantil” (3). La idea surge cuando un grupo de médicos, fundamentalmente neuropsiquiatras y algún pediatra, constatan la necesidad de mejorar la atención psicológica, psiquiátrica, educativa y social de los niños y los jóvenes y su protección legal. Entienden que las necesidades de la infancia son acuciantes, que sus efectos son duraderos y que es necesaria una dedicación exclusiva. Su enfoque se basa en los conocimientos científicos de su tiempo y tiene un claro carácter social y regeneracionista (4).

Desde entonces, AEPNyA ha contribuido de forma decisiva al desarrollo científico y asistencial de la psiquiatría española, a la formación de los psiquiatras infantiles, a la sensibilización de la sociedad sobre las necesidades psiquiátricas de los niños, a disminuir el estigma social sobre las enfermedades psiquiátricas de la infancia y adolescencia, al estímulo de la investigación y producción científica, a velar por los derechos de los niños, y a preservar los principios éticos de la práctica médica.

AEPNyA celebra desde su fundación, y de forma ininterrumpida, reuniones anuales y congresos y tiene como órgano de expresión la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil que se fundó en el año 1983, siendo su primer director Josep Tomás Vilaltella (2). AEPNyA está integrada en ESCAP, la *International Association Child Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP) y en la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS).

Preguntarse por la historia de la psiquiatría infantil y por la historia de AEPNyA, es imprescindible para entender el presente y prever el futuro. Reflexionar sobre los desafíos científicos y sociales a los que se

enfrentaron nuestros predecesores nos da pistas sobre aquellos que ahora nos acucian y sobre otros que vendrán. Es también una forma de reconocer cuanto debemos a aquellos que nos precedieron (5) (6).

Este artículo desea ser un sencillo homenaje a tantos compañeros que con su entrega, generosidad y dedicación fueron capaces de llevar adelante esta tarea y una invitación a los psiquiatras jóvenes para que reflexionen sobre el sentido de su trabajo y se comprometan, ellos también, con el presente y el futuro de nuestra asociación.

MARCO HISTÓRICO. LA PSIQUIATRÍA INFANTIL ESPAÑOLA ANTES DE 1950

La psiquiatría infantil española de la primera mitad del siglo XX tiene características comunes con la psiquiatría europea y estadounidense y los problemas que se plantean son similares, por lo que puede decirse que siguen trayectorias parecidas (5) (7)(8). Es una época histórica de profundos cambios, en la que Europa ha sufrido dos guerras mundiales y España una guerra civil. Estas circunstancias sociales influyen de modo decisivo en el tipo de problemas a los que se enfrenta la infancia y adolescencia en esa época y en las soluciones que van surgiendo.

No cabe duda de que la psiquiatría infantil, y todo lo que se refiere a la infancia, es especialmente sensible a la realidad social, política y económica del momento, a las corrientes filosóficas y a los avances médicos que se producen. El niño comienza a entenderse como un ser humano independiente, con características propias, y no como un apéndice del adulto. El campo del retraso mental, las psicosis, los trastornos de conducta y la delincuencia se amplía con otras perspectivas y enfoques (9)(10). Por otra parte, la influencia conceptual de la clasificación de las enfermedades psiquiátricas de Kraepelin es innegable, una influencia que se extiende hasta nuestros días (11) (12). De este modo, psiquiatras generales, pediatras, neurólogos, psicólogos, pedagogos y sociólogos contribuyeron de modo determinante a que la psiquiatría infantil fuera tomando forma y a que surgiera la necesidad de agruparse en asociaciones científicas.

Los últimos años del siglo XIX y principios del XX son testigos de algunos acontecimientos destacados: se publican monografías de psiquiatría infantil y existe la inquietud de renovar los sistemas pedagógicos, lo que cambia la perspectiva de lo que es la atención y cuidado de los niños. Neuropsiquiatras, pediatras, pedagogos y psicólogos colaboran entre sí y comparten el ideal de buscar un mundo mejor para los niños. Se profundiza en los conceptos de retraso mental, demencia precoz y esquizofrenia infantil y el Psicoanálisis estudia las neurosis infantiles y su tratamiento (13)(14). Al mismo tiempo aparecen los tests psicométricos que elaboran un psiquiatra y psicólogo, Alfred Binet (1857-1911), y un psiquiatra, Theodore Simon (1873-1916). En su última versión de 1911 quedó establecido el concepto de edad mental (15)(16). Alfred Binet fue Jefe del Laboratorio Experimental de Psicología de la Sorbona y miembro de la *Société Libre pour l'Etude Psychologique de l'Enfant*.

Los primeros tratados de psiquiatría infantil los escriben tres médicos ilustres en la década de 1880. Hermann Emminghaus publica en 1887 *Die Psychischen Störungen des Kindesalters* (17) sobre los trastornos psíquicos de los niños. Considera los trastornos infantiles como enfermedades distintas de las del adulto y señala sus causas tanto orgánicas como ambientales (18) (19). Emminghaus es un auténtico precursor de la psiquiatría moderna y de la psiquiatría infantil como especialidad independiente. Sus ideas, demasiado avanzadas para su tiempo, no fueron aceptadas por la comunidad científica y tuvieron que pasar muchos años para que fuera reconocido. Otro pionero fue Pierre Filibiliou que publicó el libro *Contribution a l'étude de la folie chez les enfants* en el año 1887 (20). El libro estudia la patología mental de 0 a 16 años y es un pequeño tratado de psiquiatría infantil (21). Por su parte Paul Moreau de Tours (1844-1908) publicó en 1888 el tercero de los textos de Psiquiatría Infantil: *La folie chez les enfants*. El autor destaca la importancia de la herencia en la etiología de los trastornos psiquiátricos y cómo influye la edad en las manifestaciones clínicas, por lo que puede considerarse como un precursor de la psicopatología evolutiva (22).

A comienzos del siglo XX se describe la demencia precocísima de Sancte de Sanctis (23), la demencia infantil de Heller (24) y el síndrome hiperkinético de Kramer y Pollnow, actual Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Más adelante el mutismo selectivo de Tramer (25), la psicosis simbiótica de Mahler (26), el síndrome de Gilles de la Tourette y la depresión anaclítica de Spitz que señala concretamente la importancia de la relación madre-hijo en las primeras etapas de la vida.

En esta época se discute sobre la naturaleza de los trastornos psiquiátricos de los niños, es decir, si son formas clínicas de las enfermedades del adulto o entidades distintas, un tema que ha llegado hasta nuestros días (27). Actualmente sabemos que la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la infancia y que tanto la expresión clínica, como la etiopatogenia y la respuesta a los tratamientos, están moduladas por la edad. También sabemos que el ambiente familiar es fundamental para el pronóstico. Estas características hacían imprescindible la especialización del psiquiatra que se dedicaba a niños y adolescentes.

Los precursores

En el año 1907 se publica el *Compendio de Psiquiatría Infantil* de Augusto Vidal Perera. El autor reivindica como objeto de la Psiquiatría Infantil “todas las alteraciones anímicas” y “no sólo las mentales”. Vidal Perera considera que la psiquiatría infantil abarca mucho más que la mera deficiencia mental (28). Otro de los intereses de Vidal Perera fue la docencia que ejerció en la Escuela Normal Superior de Maestros de Barcelona donde se creó la primera cátedra de Psiquiatría Infantil, de la que fue titular, lo que pone de manifiesto la estrecha relación entre psiquiatría infantil y pedagogía (29). Intereses similares fueron los de José Sarmiento que publica su obra “Psiquiatría infantil” en el año 1909, impartiendo cursos de psicología y psiquiatría infantil en 1912.

En 1917 Gonzalo Rodríguez Lafora publica *Los niños mentalmente anormales*, que consta de cuatro partes dedicadas respectivamente al niño normal, las causas del retraso mental, el diagnóstico y

10

clasificación, y el tratamiento pedagógico (30). Y hay algo más, la presión de los médicos sobre los poderes públicos consigue que en 1904 se promulgue la Ley de Protección de la infancia y en 1920 se creará el Tribunal Tutelar de Menores (31). Los psiquiatras infantiles van tomando conciencia de su responsabilidad en la protección legal de los niños, una responsabilidad no menos importante en nuestro tiempo. Estos hechos y avances tienen un impacto decisivo en el desarrollo de la psiquiatría infantil como disciplina médica y en su papel ante la sociedad. Poco a poco se define su naturaleza y objetivos y nace el germen de la psiquiatría infantil como una especialidad (21) (22).

La actividad asistencial dedicada a los niños y adolescentes corre en paralelo con la actividad docente de esos años, así la Inspección Médico Escolar del Ayuntamiento de Madrid pone en marcha en 1921 una consulta especializada de Neuropsiquiatría Infantil, siendo su objetivo detectar los casos de deficiencia mental y otros problemas que podían suponer una dificultad para seguir la enseñanza normal. Sin embargo, la mayoría de las iniciativas tienen un carácter privado y son médicos y maestros quienes colaboran y se dedican a crear centros que intentan suplir lo que las instituciones públicas no son capaces de hacer: atender a niños y jóvenes que tienen problemas psiquiátricos o de otro tipo y que necesitan recibir una educación (32).

Los centros que se abren tienen en la mayoría de los casos una vertiente clínica y pedagógica y en muchas ocasiones también social. Así, por ejemplo, Vidal Perera abre su consultorio clínico pedagógico en Barcelona en 1904, el primero en Europa de estas características (29). En 1906 se abrirá otro similar en Berlín. En 1915 el Dr. José Córdoba Rodríguez junto con su esposa Rosalía Ferreiro, que es pedagoga, fundan el Instituto Médico Pedagógico para niños y adolescentes en Barcelona y el Dr. Joan Alsina i Melis funda la Escuela Municipal de deficientes en Vallvidrera en 1919, con capacidad para un centenar de niños (33).

De 1920 a 1949

A lo largo de los años 20, 30 y 40 del siglo XX la psiquiatría infantil se afianza en Europa y aparecen los

primeros especialistas que se dedican exclusivamente a la infancia y adolescencia. De hecho, se crea la primera cátedra de psiquiatría infantil en París en 1925 y se celebra el primer congreso de la especialidad en 1937.

En España se publica el primer número de la revista *Arxius de Psicologia i Psiquiatría Infantil* en Barcelona en 1933, una publicación del Tribunal Tutelar de Menores de la ciudad. Es la sucesora de la revista *Infantia Nostra* que fue fundada en el año 1903 por el Dr. Agustí Bassols i Prim. Ese mismo año Moritz Tramer, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Berna, funda otra revista de psiquiatría infantil *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* (34).

En esta época es indudable la influencia que tiene la psiquiatría alemana en la española. El enfoque histológico, clínico y experimental propio del modelo alemán, marca la obra de Luis Simarro y de Santiago Ramón y Cajal que son las cabezas más destacadas de la “primera escuela psiquiátrica madrileña”. El inspirador de la segunda fue Nicolás Achúcarro, discípulo de Alzheimer en la clínica de Kraepelin, que tuvo como ilustres discípulos a los psiquiatras y neurohistólogos Lafora, Sacristán, Prados y Alberca. Mientras tanto en Barcelona ha comenzado también una “segunda escuela” en torno a Emilio Mira López (35)(36), que asumió la cátedra de Psiquiatría en 1933 (33) y publica en 1935 su *Manual de Psiquiatría* que considera “un texto psiquiátrico docente y genuinamente nacional” (35). Ese mismo año, Leo Kanner publica su libro *Child Psychiatry* que se convierte en referencia de la psiquiatría infantil de su tiempo. Otra obra a destacar es *el Manual de Psiquiatría Infantil, de la pubertad y de la adolescencia* de Tramer cuya traducción al español tiene lugar en 1941 (36).

La creación de centros y dispensarios prosigue especialmente en las grandes ciudades y suele tener un fuerte carácter social. En 1934, gracias a la iniciativa de Jerónimo de Moragas i Gallisá (1901-1965), se crea en Barcelona, el primer consultorio de Neuropsiquiatría Infantil formando parte del *Institut Psicotecnic de la Generalitat* que dirigía Emilio Mira.

Otras instituciones son la clínica La Sageta fundada por Emilio Mira López y por Jerónimo de Moragas; el Instituto Médico Pedagógico de José Córdoba antes

mencionado y el Instituto Torremar que funda Luis Folch i Torres en Vilassar de Dalt (Barcelona). Éste último es una institución privada para niños pobres y deficientes, que llegó a tener doscientas camas en régimen de internado. (37). Al mismo tiempo se crean secciones para oligofrénicos en ciertos frenocomios como los de Madrid, Barcelona y Reus (03). Por desgracia todos estos avances se vieron truncados en nuestro país, donde se vivía una profunda crisis social y económica que desembocó en la guerra civil.

De modo paulatino, médicos y pedagogos se dedican de forma exclusiva a los niños y adolescentes, es el caso de Jerónimo de Moragas y Luis Folch Camarasa en Barcelona, Agustín Serrate Torrente en Zaragoza y Carlos Vázquez Velasco y Diego Gutiérrez Gómez en Madrid. Los centros de atención a la infancia por su parte se especializan y diversifican como es el caso del Instituto Psicomédico Barcino que reúne un laboratorio de pedagogía terapéutica, un centro para trastornos del lenguaje y de educación especial, camas para pensionistas y un Servicio de Clínica Psiquiátrica para adultos (38). En 1945 Solé Segarra inaugura el primer Servicio y Dispensario de Neuropsiquiatría en el Hospital Clínic de Barcelona en la cátedra de Pediatría.

A partir de los años cuarenta disminuye la atención prestada a la histología del sistema nervioso y decrece la influencia del psicoanálisis. La fenomenología de Husserl, el existencialismo de Heidegger, Jaspers y Sartre y la antropología filosófica de Max Scheler son los tres puntos de referencia más apreciados, siendo López Ibor el máximo representante de esta corriente.

FUNDACIÓN DE AEPNYA. LOS AÑOS 50

La fundación de AEPNyA es una consecuencia lógica de la trayectoria que tuvo la psiquiatría infantil española a lo largo de la primera mitad del siglo XX. Un grupo de médicos, personas ilustradas y seriamente comprometidas con las necesidades de los niños y adolescentes, aúnan sus esfuerzos para crear una asociación que diera impulso a sus inquietudes y que tuviera carácter legal. Como se decía en la introducción de este artículo los contactos se inician en 1948 y culminan en 1950 (1) (2) después de numerosas dificultades, ya que aún está reciente

la guerra civil, se vive bajo un régimen dictatorial y la situación económica es de gran precariedad. No obstante, el compromiso personal y moral, la fuerza y el empuje de un grupo de médicos son capaces de salvar todos los desafíos.

Los miembros fundadores propusieron para su aprobación oficial el nombre de “Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil”, pero no fue aceptado y tuvo que llamarse “Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil”, sin la palabra Española, pues no cumplía el requisito de haberse fundado en Madrid, un requisito que no cumplieron otras sociedades científicas, como la Sociedad Española de Neurología, sin que pasara nada. Más adelante se llamaría Asociación española de psiquiatría infanto-juvenil (AEPIJ) y por último AEPNyA.

La dificultad para que se llamara española en los primeros momentos sin duda tuvo relación con el hecho de que los miembros fundadores no eran del total agrado del gobierno, dadas sus tendencias republicanas (3) (39). En este sentido merece la pena contar una anécdota, que además de tener una buena dosis de humor, pone de manifiesto los vericuetos y sorpresas por los que transcurre la vida. La policía investigaba a los miembros de la junta y acudía, entre otras, a la casa del Dr. Solé Segarra, quien era puntualmente informado por el portero de la finca de estas actividades. Para colmo, el portero era nada menos que miembro de la Guardia de Franco y fue quien, a la postre, se convirtió en el principal valedor de los miembros de la junta. Lo dice con toda claridad el propio Solé, quien escribe textualmente “Suerte que el portero era de la “guardia de Franco” y lo arregló todo” (40). Son los avatares de la política que interfieren con la actividad científica y académica en todas las épocas.

Por fin, en 1950 son aprobados los estatutos de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, con domicilio social en Barcelona, Vía Layetana, 31, 1º, en la sede del Casal del Médico, de la Mutual Médica, del Colegio de médicos de Barcelona y de la Academia de Ciencias médicas.

La Junta Directiva quedó constituida por José Córdoba Rodríguez como presidente (lo fue hasta su muerte en 1955, en que le sucedió Jerónimo de Moragas), el madrileño Carlos Vázquez Velasco como

vicepresidente (3). José Solé Segarra como secretario, desde 1952 hasta 1960, Luis Folch Camarasa como tesorero y el bilbaíno Rodrigo González Pinto como vocal. El secretario de actas (vicesecretario) era Ramón Bassols Parés.

Los fines de la sociedad quedan claros en las Actas de la presentación oficial: “el objetivo de esta Sociedad médica es incrementar en nuestra patria el estudio de la neurología y de la psiquiatría infantil” (3).

A partir de entonces se organizan periódicamente actos científicos y se participa en congresos nacionales y extranjeros de la especialidad. El primer congreso se celebró en Barcelona, en el Casal del Médico, en 1952, fue la puesta de largo de la sociedad. El segundo se celebró en Madrid en 1953, el tercero en Valencia en 1954, el cuarto en Zaragoza en 1955, el quinto en Pamplona en 1956. Así, sucesivamente y de forma anual, se mantuvo la tradición de ir recorriendo la geografía española, una tradición que ha permanecido hasta nuestros días, en que el próximo tendrá lugar en Cádiz.

En octubre de 1954, los doctores Córdoba, que era el presidente, y Solé, que era el secretario, participaron en representación española como invitados en la Reunión de Psiquiatras infantiles que tuvo lugar en Macolín s/ Bienne (Suiza) donde se abordaron los siguientes temas:

1. Creación de la Unión Europea de Paidopsiquiatras.
2. Creación de Cátedras de Paidopsiquiatría en todos los países.
3. Crear en dichas Cátedras cursos de especialización en paidopsiquiatría para obtener el título de Neuropsiquiatra Infantil.

El acuerdo fue total y las tres propuestas fueron aprobadas por unanimidad en Asamblea (3). Es impresionante constatar que hace casi setenta años ya se luchaba por un reconocimiento de la psiquiatría infantil europea y por la adecuada formación y docencia de los psiquiatras infantiles. En nuestro país, aún seguimos luchando por el mismo objetivo. Otro hecho a destacar en esos años fue la creación del Patronato nacional de asistencia psiquiátrica (PANAP) en 1955 que tenía como finalidad organizar toda la asistencia psiquiátrica en España.

Los miembros fundadores

Nombrar a todas las personas que tuvieron un papel en la fundación de AEPNyA es una tarea imposible, pues no se trata sólo de los fundadores, sino de aquellos que les precedieron y de aquellos que continuaron la tarea. Sin el esfuerzo, entusiasmo y colaboración de todos AEPNyA no habría salido adelante, es decir, AEPNyA no existiría. Los autores de este artículo desean que conste el nombre de los fundadores, para que no se pierda, y también desean aportar una biografía mínima de alguno de ellos, con el fin de acercar al lector al ambiente de la época y a la realidad de las personas. No en vano, biografía y obra suelen ir unidas.

Los miembros fundadores de AEPNyA fueron 27, entre ellos, cuatro mujeres. Procedían de Barcelona, Madrid, Murcia, Valencia y Bilbao (41). Estos son sus nombres:

Alberca Llorente, Román (Murcia)
Bassols Iglesias, Claudio (Barcelona)
Bassols Parés, Ramón (Barcelona)
Bosch Marín, Juan (Madrid)
Córdoba Rodríguez, José (Barcelona)
Corominas Vigneaux, Julia (Barcelona)
Cuenca Cuenca, Concepción (Valencia)
Delclós Pujol, Victoria (Barcelona)
Ferrer Hombravella, José (Barcelona)
Folch Camarasa, Luis (Barcelona)
Germain Cebrián, José (Madrid)
González Pinto, Rodrigo (Bilbao)
Ibarrola Monasterio, Ricardo (Madrid)
Jaén Teixido, José María (Barcelona)
López Ibor, Juan José (Madrid)
Martínez García, Pedro (Barcelona)
Miret Monsó, José (Barcelona)
Montserrat Esteve, Santiago (Barcelona)
Moragas, Jerónimo de (Barcelona)
Pertejo Seseña, María Jesús (Madrid)
Ramos Fernández, Rafael (Barcelona)
Rodríguez Lafora, Gonzalo (Madrid)
Sarro Burbano, Ramón (Barcelona)
Sole Segarra, José (Barcelona)
Tello Margeli, Fernando (Madrid)
Vázquez Velasco, Carlos (Madrid)
Veiga G de Castro, Mariano (Barcelona).

A partir de ese momento, las reuniones que precedieron a la fundación y que convocaba Solé Segarra continuaron, a ellas acuden con mayor asiduidad José Córdoba Rodríguez, Lluís Folch Camarasa, Jerónimo de Moragas, Julia Corominas, Santiago Montserrat Esteve, Ramón Bassols Parés y José Solé Segarra, tal como relata este último (3). Se da la circunstancia de que las reuniones se celebraban en Barcelona, donde vivían, por lo que les era más fácil asistir. Se reúnen en un café de nombre legendario, “Café Oro del Rin”.

Otros muchos nombres ilustres se fueron uniendo de forma paulatina a fundadores y precursores. A Lafora, Pereira, Juarros y Córdoba, se añadirán después los de Moragas, Vázquez Velasco, Folch Camarasa, María Soriano, Lamote de Grignon, Segarra, Serrate, Mendiguchía y otros muchos (8).

A los dos años de su fundación la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil ya contaba con cien socios, una cifra que siguió creciendo en años posteriores. La mayoría eran pediatras y psiquiatras. Cincuenta años después, en julio de 2002, aún vivían tres de los fundadores, José Solé Segarra, Julia Corominas y Jesusa Pertejo Seseña.

BIOGRAFÍAS MÍNIMAS

A continuación, se presentan las biografías, que llamamos mínimas por su extensión, de siete dignos representantes de los primeros tiempos de nuestra sociedad. La selección de los nombres no sólo se ha hecho por sus méritos, que sin duda los tenían, sino también por disponer de alguna información sobre sus trayectorias, que ofrecen un retrato fidedigno de la época en que vivieron. Sería deseable que en otros artículos se abordaran las de muchos más.

Moritz Tramer (1882-1963)

Moritz Tramer nació en Zúrich en 1882 y fue profesor de psiquiatría. Antes de dedicarse a la medicina, su verdadera vocación, estudió matemáticas y físicas graduándose con una tesis sobre el *Descubrimiento y bases del cálculo integral y diferencial de Leibniz*. Fue asistente de geometría en la Universidad Técnica federal de Zúrich, publicando

algunos trabajos de tipo filosófico y matemático, como era propio de la época. Junto con W Köstler escribió el Manual de cálculo integral y diferencial para ingenieros. Finalmente, y pese a sus éxitos profesionales como matemático, decidió retomar su vocación estudiando medicina en 1915 con la Tesis “Los vagabundos” que realizó con el Dr. Eugene Bleuler, interesándose después por la Higiene Mental para acabar dedicándose a la psiquiatría infantil. Fue quien primero describió el mutismo electivo en los niños.

En 1924 pasa a dirigir el Manicomio Rosseg donde, al poco tiempo, crea la Policlínica psiquiátrica de niños. En 1933 funda la revista *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie* (Revista de Psiquiatría Infantil) de ámbito y distribución internacional, que se publica tanto en versión alemana como en versión inglesa con el nombre de *Acta Paedopsychiátrica*. Cuando en 1937 se celebra en París el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil, se le nombra secretario general del comité internacional de Psiquiatría Infantil (34). Tramer fue amigo de Solé Segarra y de esa amistad surgió la idea de crear en España una sociedad de neuropsiquiatría infantil como se verá más adelante. Fue sin duda el catalizador fundamental para la creación de la sociedad, así como de su temprana y activa vinculación europea. Fue el primer Socio de Honor. El segundo fue Arn van Krevelen (entonces director del *Acta Paedopsychiátrica*).

José Solé Segarra (1913-2011)

El Dr. José Solé Segarra, nació en 1913. Discípulo de Emilio Mira se doctoró gracias a la prestigiosa beca de la Alexander von Humboldt-Stiftung en Alemania, donde trabajó en las clínicas universitarias de Heidelberg y Marburg/Lahn y tuvo como maestro en 1943 a Ernst Kretzmer. Volvió a España en 1945 donde se hizo cargo del dispensario de Neuropsiquiatría del Departamento de Pediatría del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, siendo el titular de la cátedra el Profesor Ramos. También fue director del Instituto Pere Mata de Reus para Enfermedades Nerviosas. Fueron sus colaboradoras en el Clínico las doctoras Delclós y Pertejo y permaneció como director desde 1945 hasta 1970.

14

El dispensario de Solé Segarra aunó la dimensión docente y asistencial, lo que apenas se practicaba en ningún otro sitio, por lo que sin duda fue un adelantado a su tiempo, con claras consecuencias en la evolución de la especialidad (42). En 1949, asistió en Basilea (Suiza) al Congreso Internacional de Psicotecnia, donde coincidió con su antiguo maestro Emilio Mira, que se encontraba exiliado y donde contactó con Maurice Tramer, de quien se hizo amigo así como de su esposa Francesca Baumgarten, que era una conocida psicoterapeuta infantil. De esta amistad surgió la idea de crear la sociedad española de neuropsiquiatría infantil de la que Tramer fue miembro de honor (03). Junto con Karl Leonhard escribió su Manual de Psiquiatría, una obra de referencia en España e Hispanoamérica (43).

Solé Segarra dejó su actividad en el Hospital Clínico de Barcelona en 1970 por las exigencias de dedicación horaria, si bien sus discípulos, el matrimonio Teruel y Gila y Corominas Beret continuaron su labor, los primeros dedicados a la paidopsiquiatría y el segundo a la neuropediatría.

Agustín Serrate Torrente (1911-1986)

Agustín Serrate Torrente nació en Huesca en 1911 y realizó su formación psiquiátrica con profesores como Kleist en Alemania y Rey Ardid en Zaragoza. Trabajó en el Manicomio Nuestra Señora del Pilar y en la sala Ramón y Cajal del Hospital Real y Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, la gran institución zaragozana del siglo XVI (3) (5).

Gran pionero de la Psiquiatría infantil española inauguró en 1967 en la cátedra fundada por el Profesor Ramón Rey Ardid en Zaragoza, una de las primeras unidades de Psiquiatría infantil de nuestro país, con pacientes de los más diversos lugares del norte de España. Fue elegido en Viena Presidente de la Unión Europea de Paidopsiquiatras, actual ESCAP, por sus méritos científicos y humanos. Uno de sus temas de interés fue la Psiquiatría proyectiva, impulsando las técnicas diagnósticas de Rorschach, así como organizando reuniones, congresos y publicaciones de ámbito internacional. Agustín Serrate dedicó gran parte de su tiempo a escribir y publicó con asiduidad en una época en que era difícil hacerlo. Murió en

1986. Mariano Velilla fue su discípulo y continuó su obra en el Hospital Clínico de Zaragoza.

Carlos Vázquez Velasco

Carlos Vázquez Velasco nació en Madrid y fue un psiquiatra humanista y de numerosas inquietudes, que formó parte del grupo de jóvenes médicos que se movían en torno a Gregorio Marañón. En 1934 se hizo cargo de la consulta de Neuropsiquiatría Infantil de la Inspección Médico Escolar del Ayuntamiento de Madrid que existía desde 1921. Esta consulta se dirigía sobre todo a detectar casos de retraso mental y problemas que impidieran al alumno seguir una enseñanza normal, un objetivo que Vázquez Velasco profundizó y amplió con creces. No sólo se diagnosticaron casos de deficiencia mental, sino también de hiperactividad, depresión, psicosis, alteraciones del desarrollo, antecedentes patológicos y cuadros psicopatológicos diversos, que dieron lugar a un archivo de historias clínicas de gran valor histórico y docente. El legado de este archivo pasó Prudencio Rodríguez Ramos que se ocupó de su publicación (44).

La consulta se mantuvo activa durante la guerra civil y continuó después de la misma. En el periodo de guerra atendió a varios centenares de niños en cuyos diagnósticos se pueden apreciar los efectos físicos y mentales del Madrid sitiado (44).

Terminada la guerra fue profesor de psiquiatría y psicología infantil de la Escuela Nacional de Sanidad, así como Director de la Escuela Nacional de Pedagogía Terapéutica y del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, prosiguiendo su labor docente y asistencial. Vázquez Velasco es un buen ejemplo de lo que un psiquiatra infantil puede hacer en tiempos difíciles.

Jerónimo de Moragas i Gallisá (1901-1965)

Jerónimo de Moragas i Gallisá trabajó intensamente toda su vida por la neuropsiquiatría infantil. Fue un hombre de gran personalidad con capacidad para poner en marcha proyectos y llevarlos a cabo. Gracias a su iniciativa y al apoyo de Mira, tal como se exponía en páginas anteriores, se creó en

Barcelona el primer consultorio de Neuropsiquiatría Infantil en 1934 y el Instituto La Sageta que fue un centro pionero y de vanguardia para la observación y el diagnóstico de niños con problemas psiquiátricos. En la fundación de La Sageta también colaboró Alfredo Strauss un psiquiatra infantil alemán exiliado del régimen nazi y que al final de la guerra civil tuvo que exiliarse de nuevo.

Tras la guerra civil vino la depuración política y La Sageta fue clausurada, pero Moragas no se rendía con facilidad y en 1940 ya estaba a la cabeza del Instituto de Pedagogía Terapéutica, entidad privada con objetivos similares para la atención diagnóstica y la orientación de los niños con deficiencia mental con problemas de aprendizaje y emocionales que continúa funcionando en la actualidad.

Moragas tenía relación con el grupo de Gregorio Marañón en Madrid, donde conoció a Carlos Vázquez Velasco. Se hicieron amigos y juntos visitaban con asiduidad el Museo del Prado. De este modo Carlos Vázquez Velasco se incorporó a su vez al grupo fundador de nuestra Sociedad. Moragas fue profesor de psicología infantil en la pionera Escuela Católica de Asistentes Sociales. Desde 1957 fue profesor de Psicología del Niño y del Adolescente en la Universidad de Barcelona, y ese mismo año se publicó su libro de idéntico título.

Lluís Folch i Camarasa (1915-1999)

Lluís Folch i Camarasa otro de los padres fundadores, ya trabajaba a los 15 años ayudando a su padre a pasar los tests de los niños que atendía en su laboratorio psicológico Torremar para asesorar a la Junta de Protección de Menores. Este Instituto privado lo creó Folch padre en 1928 para educar menores abandonados y en muchos casos con retraso mental. Fue uno de los primeros alumnos en el Instituto de Psicotecnia de la Generalitat creado en 1932, con profesores del nivel de Mira y Moragas.

En 1936 ganó una plaza en el Servicio de Pediatría del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, como se obligó a llamar tras la guerra civil, y fue en este Hospital de Santa Creu i Sant Pau en 1941, donde ocupó la jefatura del Servicio de Psiquiatría Infantil hasta su jubilación. También fue uno de los

primeros psiquiatras infantiles asesores permanentes de los entonces llamados Tribunales Tutelares de Menores, otra faceta de interés que ya era activa en los psiquiatras para niños y adolescentes.

Lluís Folch i Camarasa asistió con toda regularidad a las reuniones de nuestra sociedad y los tres autores de este artículo lo conocieron y tuvieron trato personal con él.

José Córdoba Rodríguez (1884-1955)

José Córdoba Rodríguez fue el primer Presidente de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, poco después llamada Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil. A diferencia de la mayoría de los psiquiatras de la época que se decantaban por buscar la formación en Alemania, Austria o Suiza, se especializó en psicopatología en París, contando con las enseñanzas de Dupré y Cleranbault. Ya en Barcelona fundó en 1915, junto a la pedagoga Rosalía Ferreiro con quien estaba casado, el Instituto Médico Pedagógico, un centro que disponía de amplios recursos y de un personal muy especializado y formado para la educación de niños con deficiencia mental y otros problemas de crianza mediante programas individualizados. Miembro de la Sociedad Catalana de Neurología y Psiquiatría creada en 1911 y disuelta por la guerra civil, pasó a ser su presidente a partir de la refundación en 1941.

A lo largo de su vida se dedicó a la clínica y a la investigación en psiquiatría de adultos y en psiquiatría infantil. Fue director del Instituto frenopático de Sant Boi hasta su muerte. Fue muy apreciado por todos los colegas de la época por su discreción, actitud respetuosa y amable y profunda precisión en los diagnósticos y comentarios. De él decía Sarró, que fue su alumno, que tenía una “transferencia positiva” tanto con pacientes como con colegas.

Santiago Montserrat Esteve (1910-1994)

Santiago Montserrat Esteve se especializó en Viena en psicopatología de adultos y de niños. Acudió allí hacia 1934, por recomendación de su mentor Emilio Mira, en una época de esplendor de la psiquiatría austriaca. Durante la guerra civil fue ayudante de

Mira, que era el Jefe de Psiquiatría del Ejército de la República, y una vez finalizada la guerra en 1939 tuvo que ir superando las distintas pruebas de depuración política por haber sido capitán médico republicano, lo que le supuso un gran desgaste personal y lo mantuvo marcado como no adepto al régimen dictatorial. Por este motivo, no optó a cargos en la sanidad y la docencia públicas durante los primeros años. Sin embargo creó escuela, y muchos psiquiatras catalanes y no catalanes han tenido la fortuna de aprender a su lado.

Monserrat Esteve fue el fundador del Instituto Psicomédico Barcino, dedicado a la atención psicopedagógica y psíquica en general de niños, al que nos hemos referido más arriba. Por su parte Pedro Pons creó el Servicio de Psicopatología y Psiquiatría en el Hospital Clínico para nombrarlo jefe del mismo. Fue un investigador reconocido, maestro de pocas palabras y mucha profundidad en sus ideas así como autor de numerosos libros de la disciplina. Pionero de la cibernética aplicada al sistema cerebro-mente (45), también fue profesor agregado de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona hasta su muerte.

Cuando este grupo se reunió con un objetivo común, supieron centrarlo y dar prioridad a ese objetivo, creando una comunidad estable de médicos interesados en cultivar y desarrollar la psiquiatría para la infancia y la adolescencia. Procedentes de diversas fuentes de aprendizaje, españolas y extranjeras, con formación y fundamentos teórico-prácticos distintos según escuelas y doctrinas, con historias personales y actitudes diferentes en lo que se refiere al estado sociopolítico en que se encontraban, fueron persistentes en su empeño y capaces de poner en marcha una asociación centrada en las personas, no en las suyas, sino de los niños y adolescentes, y en las tareas. Seguramente por esa idea matriz se han ido sucediendo presidencias y juntas directivas seleccionadas por el nutriente que podían aportar a la asociación y no por lo que esta peculiar cofradía pudiera enriquecerles.

LA ETAPA DE AFIANZAMIENTO 1960-1989

Los años cincuenta se caracterizaron por la progresiva consolidación de la psiquiatría infantil aunque todavía muy dependiente de la psiquiatría de adultos y de la pediatría. Es la época en que surgen asociaciones científicas de psiquiatría infantil, nacionales y supranacionales y comienzan a publicarse tratados de la especialidad (46). La psicofarmacología comienza a desarrollarse de forma imparable y aunque no se hacen estudios en niños, que comenzarían mucho más tarde, se beneficia de los que se realizan en los adultos.

Nuestra asociación continúa con su actividad formativa y docente y en 1956 la Dra. R González Pinto y el Dr. L Folch Camarasa intervienen en el Congreso Nacional de Neuropsiquiatría que tuvo lugar en Salamanca con una ponencia sobre “Factores influyentes en la delincuencia juvenil”. Un hecho a destacar fue la celebración en Zúrich del Congreso internacional de Psiquiatría, donde tuvo lugar la Asamblea General de la Unión europea de Paidopsiquiatras. Acudió como representante de nuestra sociedad el Dr. Solé Segarra y fue elegido el portugués Prof. Dr. Víctor Fontes como vicepresidente y representante conjunto de Italia, España y Portugal.

En la década de los sesenta empiezan a crearse algunas unidades de psiquiatría infantil, una de las primeras fue la inaugurada por Agustín Serrate en la Cátedra de Ramón Rey Ardid en Zaragoza en el año 1967. Asimismo y a pesar de todas las dificultades, se crean hospitales psiquiátricos infantiles que se llaman Institutos médico-pedagógicos y se dedican sobre todo a niños con retraso mental. Siguen la estela del hospital Fray Bernardino Álvarez, que se fundó en el año 1948 en Madrid, y fue dirigido por Francisco Javier Mendiguchía. Estos nuevos hospitales son el Rodríguez de Miguel en Zamora en 1970; El Pinar en Teruel también en 1970 y el Sanatorio Psiquiátrico Infantil La Atalaya en Ciudad Real que comenzó su actividad en 1971 y que fue dirigido por Manuel Díaz-Mor García (4).

En los años setenta se crean unidades y secciones de Psiquiatría Infantil en los nuevos hospitales generales de la Seguridad Social, formando parte de los hospitales infantiles. Así fue en Madrid en el

Hospital de la Paz con Flora Prieto y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón con María Jesús Mardomingo y en Barcelona en el Hospital Vall d'Hebron con Josep Tomás. También funcionan unidades y secciones de psiquiatría infantil en los servicios de Psiquiatría de adultos de hospitales clínicos como los de Zaragoza, ya mencionado previamente, Valencia, Sevilla, Valladolid, Santiago y Barcelona y hay algunos servicios en dispensarios de Ayuntamientos y Diputaciones aunque con escasos medios (5).

La estrecha colaboración de la sociedad española de neuropsiquiatría infantil con la psiquiatría europea se tradujo en la elección de Agustín Serrate como presidente de la Unión Europea de Paidopsiquiatras (*Union of European Paedopsychiatrists*, UEP) en Viena en 1975, que a su vez celebraría en Madrid su correspondiente Congreso en 1979. En esos años Julián de Ajuriaguerra (ed.) publica su *Manual de Psiquiatría Infantil* en 1973 y Francisco Javier Mendiguchía (ed.) su libro *Psiquiatría infanto-juvenil* en 1980.

Es una época en la que resurgen cuestiones e incertidumbres acerca de las características de nuestra especialidad y de la naturaleza de los trastornos psiquiátricos. Algunas han persistido a lo largo del tiempo (45) (47).

EL TIEMPO DE LA MADUREZ, 1990-2010. CONTINÚA LA LUCHA POR LA ESPECIALIDAD

La última década del siglo XX y la primera del XXI se caracterizan por la intensa actividad de AEPNyA, que se traduce en:

- el aumento progresivo del número de socios,
- el nivel científico de las reuniones y congresos,
- el incremento de las publicaciones y la publicación regular de la revista en papel y en formato electrónico,
- el comienzo de la página web,
- la participación en las asociaciones internacionales de psiquiatría infantil,
- la renovación de los estatutos,
- la adopción del nombre actual,

- la implicación y mayor compromiso de los socios con el funcionamiento de AEPNyA y con las actividades que se programan,
- la comunicación regular de la Presidencia con los socios mediante correo postal,
- la colaboración con otras sociedades científicas, entidades y organismos dedicados a la infancia y adolescencia, y con la universidad,
- la presencia en los medios de comunicación, y
- la lucha por el reconocimiento de la especialidad, una lucha que había comenzado muchos años antes (48).

También en esta época, concretamente en 2004 en el congreso que se celebró en Lérida, María Jesús Mardomingo fue elegida presidenta de AEPNyA. Por primera vez en la historia de la asociación una mujer accede a este cargo. Un triunfo para las mujeres.

PUBLICACIONES

En la década de los 90 se produce un aumento significativo de la publicación de libros dedicados a la especialidad, que continuó en los años siguientes. Son algunos ejemplos, que sin duda no incluyen a todos: *Psiquiatría del niño y del adolescente*, de María Jesús Mardomingo (1994); *Psicopatología del niño y del adolescente*, de Jaime Rodríguez Sacristán (ed) (1995); *Planificación terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente*, de Francisco Rey y José Ramón Gutiérrez Casares (ed) (2000); *Práctica clínica paidopsiquiátrica*, patrocinado por AEPNyA y coordinado por Carmen Ballesteros Alcalde (2006) (49); *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente de AEPNyA*, coordinado por César Soutullo y María Jesús Mardomingo (2010); *Psicopatología del desarrollo* de Lourdes Ezpeleta y Josep Toro (2014); *Libro blanco de la psiquiatría del niño y el adolescente* de la Fundación Alicia Koplowitz. 2014; *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, de María Jesús Mardomingo (2015, 2020); y *Psiquiatría de la infancia y adolescencia* de Carlos Imaz y Benito Arias (2020). En la actualidad, AEPNyA está preparando una nueva publicación sobre la especialidad.

18 CONGRESOS Y COMUNICACIÓN CON LOS SOCIOS

En cuanto a las reuniones y congresos, se celebran de forma regular recorriendo la geografía española. En 2002 tiene lugar en Madrid el congreso que celebra el cincuentenario del primer congreso de AEPNyA y los 52 años de la fundación, una reunión que sin duda contribuyó a concienciar al público en general de la realidad e importancia de la psiquiatría infantil, y a que residentes y psiquiatras jóvenes se interesaran por la Asociación y decidieran inscribirse como socios.

La información sistemática a los socios se convirtió en una cuestión prioritaria. Todos debían estar informados para así sentirse partícipes. Las cartas de la Presidencia les tienen al tanto de la marcha de AEPNyA, de las gestiones que se llevan a cabo, y de los temas de interés o de aquellos que suscitan polémica, como, por ejemplo, el tratamiento de la depresión con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en la adolescencia y su posible efecto sobre las tasas de suicidio (Mardomingo 2004-2008). También se organizan comisiones y grupos de trabajo que tienen como objetivo que los socios sean y se sientan parte activa de la asociación.

RELACIÓN CON ASOCIACIONES INTERNACIONALES

Las relaciones con las asociaciones internacionales de psiquiatría infantil se fueron fortaleciendo. En julio de 2004 AEPNyA está presente en el congreso de IACAPAP que se celebra en Berlín y en las reuniones de su junta directiva, con el objetivo de que la colaboración institucional fuera permanente. En esa misma fecha y lugar participamos en la reunión de la UEMS donde planteamos la urgencia de tener la especialidad de Psiquiatría del niño y del adolescente, elaborándose un documento de consenso.

En cuanto a ESCAP, a la que AEPNyA también pertenecía desde que se fundó en 1952, nuestro objetivo era pasar a formar parte de la junta directiva, lo que se acabó logrando en el congreso de ESCAP en Florencia en 2007. La propuesta española fue votada por unanimidad. Más adelante ESCAP celebraría su congreso en Madrid en 2015 (48).

AEPNyA también participó, y muy intensamente, en la fundación de la European Academy of Child Adolescent Psychiatry (EACAP), que tuvo lugar en Bruselas en junio de 2007 con un acto en el Parlamento Europeo y la firma de los países miembros (48). Este proyecto europeo que pudo ser tan interesante, liderado por Italia, Grecia, España y Francia, y al que se unieron veinte países más, quedó truncado por las luchas de poder inherentes a cualquier organización por pequeña que sea.

CAMBIO DE NOMBRE

El cambio de nombre de la asociación se decidió en Asamblea en el año 2007, y tuvo como finalidad adoptar la terminología “Psiquiatría del niño y del adolescente”, que era la propia de las principales sociedades científicas de Europa y Estados Unidos, en vez de “Psiquiatría Infanto-Juvenil”. El cambio de nombre produjo en algunos socios un sentimiento de nostalgia y cierta pena, ya que eran muchos años de convivencia con AEPIJ, pero todos sabemos que una de las claves para que las asociaciones permanezcan en el tiempo y cumplan sus fines es que sean capaces de adaptarse y evolucionar (48).

LA LUCHA POR LA ESPECIALIDAD

Que aún no tengamos el reconocimiento oficial de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente es algo insólito (50) (51), un proceso en el que han intervenido múltiples agentes e intereses que trascienden, con mucho, la extensión y objetivos de este artículo. Ya los fundadores de AEPNyA soñaban con tener una especialidad oficialmente reconocida, pero el camino resultó largo, tortuoso, y sin fruto hasta la fecha. Tal vez nunca lo imaginaron (5).

Un elemento fundamental en la lucha por el reconocimiento de la especialidad fue la presión y el empuje de los pacientes y de sus familias, y de modo particular de la Plataforma de Familias, fundada por un grupo de madres en el año 2008, con la que AEPNyA colabora intensamente. Ese mismo año se promueven la recogida de firmas y la celebración de manifestaciones públicas ante el Ministerio de Sanidad y en otros lugares para hacer visible el problema al

resto de la sociedad, solicitando formalmente la aprobación oficial de la especialidad de Psiquiatría infantil en España el 30 de Mayo de ese mismo año (52) (53) (54).

En esas fechas, la Ponencia de Recursos Humanos de la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado, atenta a esta preocupación social, solicita información sobre la planificación de recursos de la sanidad pública para atender a niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos. La comparecencia de la presidenta de AEPNyA tuvo lugar el 18 de mayo de 2008 y terminó con estas palabras: “Si las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos psiquiátricos de los niños son el gran desafío sanitario del siglo XXI, y España no puede quedar a la zaga” (55).

Al mismo tiempo, el Ministerio de Sanidad y Política Social crea un grupo de trabajo integrado por las asociaciones de profesionales y de usuarios, asumido por la Comisión Delegada del Consejo Interterritorial de Salud, con el objeto de elaborar un informe sobre la salud mental de niños y adolescentes, que se cierra el 25 de marzo de 2009. En el apartado de la Capacitación de los profesionales de la salud mental de niños y adolescentes, los miembros del grupo redactor consensuaron los siguientes puntos clave:

1. “La ausencia de una especialidad de Psiquiatría y de Psicología Clínica de niños y adolescentes a través del sistema MIR/PIR hace que no se pueda garantizar que los psiquiatras y psicólogos clínicos que atienden al niño tengan la formación y experiencia necesaria en este campo.
2. No hay representantes de los profesionales dedicados a la salud mental del niño y adolescente en las Comisiones Nacionales de las especialidades, con lo que no está garantizado que los intereses de los mismos sean adecuadamente planteados y defendidos.
3. En algunas comunidades autónomas, los niños derivados por el pediatra o el médico de atención primaria son atendidos primero por el psiquiatra o psicólogo clínico de adultos antes de acceder al psiquiatra o psicólogo de niños y adolescentes.
4. Los responsables de los dispositivos que atienden a la población infanto-juvenil son en su mayor

parte psiquiatras y psicólogos de adultos, lo que supone una menor sensibilización e implicación en las necesidades y problemas de este grupo de población.

5. España incumple las recomendaciones de todos los organismos europeos sobre este tema, siendo un caso anacrónico que no se corresponde con el nivel económico ni con la calidad del sistema público de salud” (56).

El 6 de abril de 2009 Bernat Soria, Ministro de Sanidad, anuncia que su Ministerio ha aprobado la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil, a la vez que la de Urgencias y Emergencias, como una especialidad independiente. Su objetivo es “mejorar la planificación de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud (SNS), adaptándola a las necesidades y demandas de los profesionales y pacientes”, y “modernizar el sistema español de formación especializada”, tal como consta en la nota oficial de prensa emitida por el Ministerio en esa misma fecha (57).

El 11 de diciembre de 2012 el BOE publica el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación Sanitaria especializada en Ciencias de Salud, un texto de 89 páginas que incluye una memoria económica. Pretende mejorar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes, configurando los temas comunes del tronco y los particulares de cada una de sus ramas. Por fin, el 25 de julio de 2014 se publica en el Boletín Oficial del Estado la aprobación del Real Decreto 639/2014 por el que se regula la troncalidad. En la lista de las especialidades médicas vía MIR aparece, junto a la Psiquiatría de Adultos, la Psiquiatría del Niño y del Adolescente (58). Muchas familias y psiquiatras infantiles pensaron que, por fin, se había cumplido su sueño. No fue así.

El 12 de diciembre de 2016 la Sala Tercera del Tribunal Supremo anula el Real Decreto que regula la troncalidad por su disconformidad con el Ordenamiento Jurídico. El 17 de enero de 2018 el Ministerio de Sanidad anuncia el Proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de Médico Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente y se modifica el actual título de médico especialista

en psiquiatría por el de Médico Especialista en Psiquiatría del adulto (59). ¿Cuál será el futuro? Nadie puede saberlo. La larga marcha prosigue su camino.

REFERENCIAS

1. Gastaminza X. 1950 – 2015. 65 años de existencia de la AEPNYA. Nota breve histórica. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2015; 32(4):181–182.
2. Serrate Torrente, A. Los primeros veinticinco años de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (1952-1977). Pórtico. Zaragoza;1977.
3. Ruiz Lázaro, PM. Solé Segarra. Historia viva de la Sociedad de Neuropsiquiatría infantil. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*. 2005; 22(1): 11–20. <https://aepnya.eu/index.php/>
4. Mendiguchía Quijada, FJ. Un siglo de psiquiatría infantil madrileña. SmithKlineBeecham. Madrid; 1999.
5. Mardomingo MJ. Historia de la Psiquiatría del niño y del adolescente, en Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Editorial Díaz de Santos (papel y PDF), Madrid; 2015-2020
6. Stefan Zweig: El mundo de ayer. Memorias de un europeo. Acantilado, Barcelona; 2002.
7. Alexander F, Selesnick S. The History of Psychiatry. Harper and Row. Nueva York; 1966.
8. Mardomingo MJ. Historia de la Psiquiatría del niño y del adolescente, en Mardomingo MJ. Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes. Díaz de Santos. Madrid; 1994.
9. Mardomingo MJ. Retraso Mental: Aspectos Educativos y Asistenciales. En: J Gisbert, MJ Mardomingo et al: Educación Especial. Madrid. Editorial Cincel Kapelusz. 1980; 2 edición 1981A, 110–130.
10. Mardomingo MJ. Retraso Mental: Aspectos Médicos. En: J Gisbert, MJ Mardomingo et al: Educación Especial. Madrid. Editorial Cincel Kapelusz. 1980 A; 2 edición 1981B, 58–95.
11. Berrios G, Hauser R. The early development of Kraepelin's ideas on classification: a conceptual history. *Psychol Med*. 1988; 18: 813–821.
12. Kendler KS, Jablensky A. Kraepelin's concept of psychiatric illness. *Psychol Med*. 2011;41(6):1119–1126. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001509>
13. Cobo-Medina C. Paidopsiquiatría Dinámica I. Ediciones Roche; 1983.
14. Ullesperger J. La Historia de la psicología y de la psiquiatría en España desde los más remotos tiempos hasta la actualidad. Alhambra. Madrid; 1954.
15. Binet A, Simon T. Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants des écoles. *L'Année Psychologique*. 1911; 17: 145–201. <https://www.persee.fr/doc/>
16. Gastaminza X. Fracaso escolar, trastornos en el aprendizaje escolar. A propósito de una aproximación al problema y su abordaje. Idemm Farma Ed. Barcelona; 2017
17. Emminghaus H. Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen. Verlag Der H. Lauppschen Buchhandlung; 1887.
18. Nissen G. Hermann Emminghaus. Founder of scientific child and adolescent psychiatry. *Z Kinder Jugendpsychiatr*. 1986; 14: 81–87.
19. Daute K, Lobert W. Hermann Emminghaus: 100 years of the psychopathology of childhood and adolescence. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1987; 39: 682–685.
20. Filibiliou P. Contribution a l'étude de la folie chez les enfants. Librairie Ollier-Henry. Paris; 1887.
21. Domenech E. Antecedentes históricos de la Psiquiatría Infantil. *IMP. Psiquiatría*. 1991; 4: 204–208.
22. Domenech E. El pasado de la Psicopatología Infantil. In Domenech E, Corbera J, editors. Aportations a la historia de la psicopatologia infantil. Barcelona: Publications del seminar Pere Mata de la Universitat de Barcelona, n.73; 1997: 13–30.
23. Sanctis Sd. Dementia precocissima catatonia. *Fol neurobiol*. 1909; II.
24. Heller T. Über Dementia Infantilis. *Zeitschriftz, Erf. u. Bechand, d. Jugendl, Schwach-sinus*; 1909.
25. Tramer, M. 1934. Elektiver mutismus bei kindern. *Zeitschrift fuer Kinderpsychiatrie*, 1934, 1, 30–35.

26. Mahler M. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, Vol. 1: Infantile psychosis. 70 tt International University Press. New York; 1969.
27. Mardomingo MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo, en Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Editorial Díaz de Santos (papel y PDF), Madrid, 1; 2015-2020.
28. Vidal Perera, A. Compendio de psiquiatría infantil. Librería del Magisterio. 1907.
29. Moreu, AC. Augusto Vidal Parera (1872-1922), pedagogo y alcalde de Huesca. En AAVV: Compendio de Psiquiatría Infantil 2 ed. Reimpresión. Selene editorial Las Rozas (Madrid); 2011.
30. Rodríguez Lafora G. Los niños mentalmente anormales. Espasa Calpe. Madrid; 1933.
31. Mercader T. Fundamentos de la protección de menores en España y sus relaciones con la Psiquiatría Infanto-Juvenil. Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil. 1991; 1: 9–26.
32. Gracia Guillén D. Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936. Cuadernos de Historia de la Medicina Española. 1971; X: 305-340
33. Bernardo M, Casas R. Història de la Psiquiatría a Catalunya. Barcelona. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona 1983.
34. Germain, J. 1945. Presentación del autor. En M Tramer 1946 Manual de Psiquiatría Infantil. 1ª ed. Madrid. Ediciones Morata: 13-18.
35. Mira y López, E. Manual de Psiquiatría. 1ª ed. Salvat editores. Barcelona; 1935
36. Tramer M. 1941 Manual de Psiquiatría Infantil de la pubertad y de la adolescencia. 1ª ed Ediciones Morata. Madrid.
37. Fuster, J. 1960. Orígenes y evolución de la asistencia psiquiátrica en el Instituto Mental de la Santa Cruz. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo Marzo-Abril 1960. Barcelona. Vol XX:2.
38. Costa, JM. Santiago Montserrat i Esteve. Homenatge al mestre. Fundació Uriach. Barcelona; 1994
39. SEP 2020. Descargado el 04.05.2020: <http://www.sen.es/institucional/estructura/>
40. Sole Segarra, J. Records d'una vida dedicada a la psiquiatría. Gimbernat. Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut. 2001; 35: 201–212.
41. AAVV Actas de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. IV Reunión anual. 1955. Zaragoza.
42. Solé Segarra J. Fundación y puesta en marcha de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría infantil. Rev Psiquiatr Infanto-Juv 1991; 2:87–90
43. Solé Segarra J, Leonhard K (1953): Manual de Psiquiatría. Ed Paz Montalvo. Madrid, 2ª ed. 1957.
44. Rodríguez Ramos P, Fernández Álvarez MA, Asenjo Rodríguez M: Psicopatología infantil en Madrid durante la guerra civil. (1998) Arch Neurobiol (Madrid) 61 (3): 205–222.
45. Mardomingo MJ. Trastorno obsesivo-compulsivo, en Mardomingo MJ. Tratado de Psiquiatría del niño y del Adolescente. Editorial Díaz de Santos (papel y PDF), Madrid, 1; 2015–2020
46. Stutte H. Sobre la situación actual de la Psiquiatría Infantil europea. Acta Paedopsichiatrica. 1968; 35(2/3): 45–58.
47. Mardomingo MJ. Los trastornos psiquiátricos infantiles en la década de los 90: ¿Hacia donde vamos?. Anales Españoles de Pediatría. 1990; 33(43): 13–17.
48. Mardomingo MJ. Cartas a los socios de AEPNYA 2004-2008.
49. AAVV. Protocolos clínicos. 2010. 1ª ed. Ed. Siglo. Las Rozas (Madrid)
50. Mardomingo MJ. La Psiquiatría del niño y del adolescente no existe. ¿Hasta cuándo? El País. Tribuna sanitaria. 1999 23 noviembre <http://elpais.com/diario/1999/11/23/sociedad/>.
51. Mardomingo MJ. Spanish Child and Adolescent Psychiatry Fighting for Official Recognition. IACAPAP Bulletin. 2008 November, 21: 21.
52. Plataforma de Familias. ¿Quiénes somos? <http://www.plataformafamilias.org/>.
53. Plataforma de Familias. Así fue la manifestación y la entrega de firmas. <http://www.plataformafamilias.org/asi-fue/2008b>.
54. Plataforma de Familias. Manifiesto de la convocatoria de la manifestación previa a la

- entrega de firmas del 20 de mayo de 2008.
<http://www.plataformafamilias.org/>.
55. BOCG, Senado, Serie I 18 junio 2010 (Núm 483, Pág. 31). Senado de España IX Legislatura. 8. Sesión de 18 de mayo de 2009: 8.4. Comparecencia de la Jefe de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Gregorio Marañón, Dra. M^a Jesús Mardomingo Sanz. Boletín oficial de las Cortes Generales Senado IX Legislatura España. 2010 <http://www.senado.es/legis9/publicaciones/>; BOCG, Senado, Serie I 18 junio 2010 (Núm 483, Pág. 31).
56. Fernández Liria A, Beneyto G, (ed). Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos Técnicos, 14 Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.aen.es/docs/CTecnicos14.pdf>; 2009.
57. Bernat Soria, Servicios de Prensa del Ministerio de Sanidad. Anunciado hoy por Bernat Soria: El Ministerio de Sanidad creará las especialidades médicas de Psiquiatría Infanto-Juvenil y de Urgencias y Emergencias. Servicios de Prensa: notas de Prensa 6 de abril de 2009. 2009;
58. BOE Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad. BOE n° 190, Miércoles 6 de agosto de 2014, Sec. I, p. 63130-63167. (www.boe.es/boe/dias/2014/08/06/pdfs)
59. La larga marcha [Internet]. Mardomingo, M^πi Psiquiatría Infantil. 2020 [citado 8 julio 2020]. Disponible en: <https://www.mardomingopsiquiatriainfantil.es/>

Susana Cruylles^{1*} 

M. Rolón²

N. Sabaté³

C. Kim⁴

Y. Alsina⁵ 

V. G. Carrión⁶

1. Psicóloga clínica, terapeuta de familia, practica privada. Madrid, España.
2. Psicóloga, Catedrática Auxiliar del Programa de Graduado de Psicología Escolar, Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.
3. Psiquiatra, Directora del Programa de A Psiquiatría de Niños y Adolescentes, Catedrática Asociada en Psiquiatría, Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico.
4. Master en Educación, Directora Ejecutiva de la Fundación Pure Edge Inc., Washington D.C., Estados Unidos.
5. Médico, Asistente de Coordinación de Investigación clínica, Stanford Cognitive & System Neuroscience Laboratory, Escuela de medicina de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos.
6. John A. Turner, M.D. Professor, Psiquiatra infantojuvenil, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Escuela de medicina de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Susana Cruylles

Correo electrónico: vcarrion@stanford.edu

Intervención temprana tras los terremotos de Puerto Rico en enero de 2020: resiliencia, prevención y promoción de la salud mental infantojuvenil

Early Intervention After the Earthquakes in Puerto Rico in January 2020: Resilience, Prevention and Promotion of Child and Adolescent Mental Health

RESUMEN

Introducción: El artículo describe un modelo de intervención temprana para la prevención de patología, y promoción de la resiliencia, tras los terremotos de la isla de Puerto Rico en enero de 2020. El 7 de enero de 2020 un terremoto de magnitud 6,4 en la escala Richter, sacudió la isla de Puerto Rico. Como consecuencia, gran parte de la población sufrió desplazamientos de sus domicilios y cierres de muchas escuelas. Todo ello sobre lo ya anteriormente vivido, como el Huracán María en 2017, aumentando así su carga de estrés alostática. Tras la ayuda inicial de los cuerpos de rescate, se detecta la necesidad de apoyo psicológico a la población y a profesionales proveedores de dicho apoyo.

Métodos: Contando con una precaria infraestructura, se decide realizar una intervención con el objetivo de proporcionar información del impacto del estrés traumático en el organismo, así como ejercicios prácticos de mindfulness dirigidos a dichos profesionales. El programa integra lecciones de la Terapia de Claves Traumáticas y ejercicios del currículo Pure Power.

Resultados: Se confirma, a través de un cuestionario de satisfacción, la necesidad de este tipo de programas, y se valora extrapolar el modelo a otras poblaciones de riesgo similares, en términos de evitar las consecuencias del trauma, disminuir la carga alostática, y prevenir y promocionar la salud mental. Se sugiere realizar próximas formaciones de ampliación de este programa, para confirmar su efectividad y mantenimiento en el tiempo.

24 **Palabras clave:** Prevención y promoción de salud mental, carga alostática, resiliencia, mindfulness, desastres naturales.

ABSTRACT

Introduction: This article describes an early intervention model for the prevention of pathology, and for the promotion of resilience, after the earthquakes on the island of Puerto Rico in January 2020. On January 7, 2020, an earthquake of magnitude 6.4 on the Richter scale struck the island of Puerto Rico. As a consequence of the seismic movement, an important part of the population, suffered displacements from their homes and closing of schools. In addition to what they previously lived through, such as Hurricane Maria in 2017, increasing their burden of allostatic stress. After initial help from the rescue forces, a need to provide psychological support to the population and to the professionals involved in giving that psychological support, was detected.

Methods: Starting from a precarious infrastructure, it was decided to implement an intervention with the objective of providing information on the impact of traumatic stress on the individual, along with practical mindfulness exercises. The program integrated lessons from Cue-Centered Therapy with exercises from the Pure Power curriculum.

Results: Through a satisfaction questionnaire, the need of these type of programs was confirmed. The implementation of these prevention programs should be considered when planning to intervene with other similar populations at risk. Thus, avoiding the consequences of trauma, reducing the allostatic load in the individual, and preventing and promoting mental health and resilience. The discussion introduces the need to develop follow-up procedures, to confirm the effectiveness and maintenance over time.

Keywords: Mental health prevention and promotion, allostatic load, resilience, mindfulness, natural disasters.

INTRODUCCIÓN

En enero de 2020 una secuencia sísmica azotó la isla de Puerto Rico en el Caribe, la mayoría ocurrió en el sur de la isla con el epicentro cerca de la zona de Guánica. El movimiento sísmico más fuerte fue el 7 de enero, de magnitud 6.4. en la escala Richter, con réplicas de menor magnitud que continúan hasta la fecha (25 de febrero) (1).

En el terremoto hubo 1 muerto y 8 heridos. Devastó casas y escuelas en toda la zona sur. 331 escuelas abrieron tarde (la fecha de apertura de la escuela es el 8 de enero), otras han abierto en tiendas de campaña y a 1 de marzo de 2020, el 61% de las 856 escuelas públicas de la isla siguen cerradas. Continúan hasta la fecha réplicas de hasta 5,0 de magnitud, lo que obliga a inspecciones constantes de las escuelas por parte de los ingenieros, que muchas de ellas no superan (69 no superaron la inspección) (2,3,4,5).

La Oficina para el Desarrollo Socioeconómico y Comunitario de Puerto Rico reportó, el 15 de enero 2020, 789 viviendas afectadas en total. De esta cifra, 88 hogares fueron colapsados, 257 tuvieron daños mayores, 241 con daños menores. Tras casi dos meses, se reportan más de 8.000 viviendas afectadas, de las que 2.500 son inhabitables (6). Hay 10.000 refugiados en el área sur. Existen treinta refugios oficiales del gobierno, aunque extraoficialmente hay muchos refugios donde las familias viven al aire libre en terrenos vacíos para protegerse de las réplicas mientras algún miembro de la familia permanece, a riesgo de colapso, en el domicilio para salvaguardar sus pertenencias (7).

En términos de carga alostática (8), es decir, el efecto de la acumulación de estrés, Puerto Rico es una población de riesgo ya que recientemente ha sufrido la experiencia de otras catástrofes naturales como el huracán María en 2017, donde murieron entre 4.645 y 2.975 personas (9, 10).

Previamente al huracán María, el área sur de la isla estaba especialmente afectada, con altas tasas de desempleo y delincuencia, las cuales, a su vez, aumentan el riesgo de exposición a distintos tipos de eventos adversos y traumáticos. Un estudio llevado a cabo en las clínicas de psiquiatría infantil de Ponce Health Sciences University en 2015-2017, reflejó

que un 79% de la muestra había estado expuesta a trauma, y un 41 % cumplían criterios diagnósticos para trastorno por estrés postraumático (TEP), 72% de éstos de tipo severo (Sabaté et al, comunicación personal).

En referencia al Huracán María, y en concreto a la vulnerable población infantil, según una encuesta administrada a 96.108 estudiantes (de 3er a 12º grado) de todas las escuelas públicas de la isla, manifestaron que 83,9% vieron viviendas dañadas, 57,8% tuvieron algún miembro de la familia que abandonó la isla, 45,7% notificó que vió daños en sus propios domicilios. 32,3% sufrió restricciones en el uso de agua, 29,9% percibió que su vida estaba en peligro y 16,7% no tenía electricidad a los 5 y 9 meses posteriores al huracán. 7,2% reportó síntomas clínicamente significativos de TEP (11). Estos resultados demuestran que la población infantojuvenil de Puerto Rico, entre otras, está afectada por un alto nivel de estrés en relación a los desastres naturales (12).

Si no se interviene sobre el estrés traumático, se producen consecuencias posteriores como la reactivación de traumas o duelos, aumento de violencia comunitaria, delincuencia, violencia doméstica y un incremento de las tasas de suicidio, así como un ascenso de los índices de pobreza, y todas las implicaciones sociales y económicas que todo lo anterior tiene en el desarrollo del país (13, 14, 15).

La literatura muestra la importancia y la gravedad del aumento de la carga alostática debido al estrés (16). Por ello, la necesidad de hacer una intervención temprana en poblaciones de riesgo con el propósito de prevenir consecuencias negativas y ayudar a establecer resiliencia (16). La literatura muestra que los modelos de actuación temprana y la identificación de las poblaciones de riesgo son necesarias para la prevención de patología psiquiátrica (17, 18, 19).

A su vez, estos modelos de atención refieren que cuando se realicen intervenciones psicológicas tras una catástrofe, éstas tienen que ser ajustadas culturalmente y con el apoyo y conformidad de los asistentes a las mismas. La práctica basada en la evidencia ha de ser un proceso colaborativo entre los que intervienen y las familias, organizaciones y los individuos que la reciben. Así mismo, sugieren que las intervenciones post-catástrofe requieren de una complejidad mayor

y proponen considerar intervenciones más allá de la eficacia científica solamente (20, 21).

Afirman que tales capacitaciones deberían utilizar los sistemas y recursos ya existentes en las comunidades afectadas, construir sobre ellos, y con el objetivo de fortalecer a los individuos, hacerles tomar cargo de su salud mental y darles a ellos la capacidad de decidir si participar o no (22, 23).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, nuestra preocupación e interés fue poder realizar labores de prevención de patología relacionada con la prevención del estrés traumático de las familias afectadas y de los profesionales que los atendían. Para realizar esto, el modelo de atención psicológica tras los terremotos que se detalla en el presente artículo tiene como objetivos: a) formar en psicoeducación básica relacionada con la neurociencia del estrés traumático, y, b) enseñar ejercicios prácticos de autocuidado y mindfulness para profesionales que atienden a las familias afectadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Contenido del programa

Se valoró que la combinación de contenidos de información sobre neurociencia básica del estrés traumático, y ejercicios prácticos de mindfulness, podía ser efectiva para los objetivos planteados. La literatura refiere los efectos positivos y sanadores de la psicoeducación en relación al trauma disminuyendo la sintomatología (24). También, la necesidad de autocuidados en el personal más expuesto que realiza labores de apoyo psicológico.

Para el contenido de información sobre neurociencia del estrés traumático, se reprodujo y adaptó material existente en la literatura al respecto (primera fase del tratamiento de la Terapia de Claves Traumáticas (25 a, b). Se proporcionó información sobre las consecuencias psiquiátricas del estrés traumático, como depresión, ansiedad, problemas somáticos y trastorno de estrés postraumático. Se instruyó en los efectos de la carga alostática, sobre en el concepto de resiliencia y sobre las consecuencias en el cerebro y en el organismo del estrés traumático. Todo ello en el marco de un Sistema de Información de Trauma.

El contenido de mindfulness y de los ejercicios de autocuidados pertenece al material de formación de la Fundación Pure Edge Inc. (26), *Pure Power*. Se formó a los participantes en la realización práctica de autocuidados, ejercicios de mindfulness, respiración consciente, movimiento consciente y descanso consciente.

Método

La intervención realizada tras los terremotos parte desde una necesidad de la propia comunidad. En concreto, se organiza desde asociaciones profesionales sin ánimo de lucro, como la Asociación de Psicología de Puerto Rico; de las universidades con programas de psicología, como la Universidad Carlos Albizu de San Juan, Medical University of South Carolina, el Child and Adolescent Psychiatry Division de Ponce Health Science University (PHSU), The Medical School Foundation and Research Institute y fundaciones como Pure Edge Inc. Desde aquí se reconoció la urgencia y la necesidad de intervenir y prevenir el trauma psicológico. Se promovió la necesidad de desarrollar un plan de actuación siguiendo los modelos CERT (Equipos Comunitarios de Respuesta a Emergencias) y Primeros Auxilios Psicológicos. El diseño sigue las recomendaciones de la Declaración de Helsinki.

Durante 4 días se dieron un total de 5 charlas de dos horas y media cada una a los participantes. Cuatro de las charlas fueron presenciales y una fue a través de una plataforma digital.

Sujetos

La muestra estuvo formada por un total de 347 sujetos. Los participantes eran profesionales y profesores de salud mental, estudiantes de psicología, directores, orientadores escolares, y voluntarios de diferentes asociaciones y fundaciones. Todos ellos colaboraban en ese momento en las labores de asistencia psicológica atendiendo a las familias afectadas por los terremotos en el terreno. La formación se organizó y anunció desde las universidades, fundaciones y asociaciones arriba mencionadas, en la segunda semana tras los terremotos iniciales, teniendo lugar

un mes después del primer terremoto. La asistencia fue gratuita y voluntaria.

Evaluación

Tras la intervención realizada se proporcionó un cuestionario de evaluación y satisfacción de la formación impartida. Se aplicó una escala Likert con puntuaciones de 1 a 5 (preguntas de la 3 a la 11 de la [Tabla 1](#)). La puntuación 1 corresponde a “muy en desacuerdo” y la 5 a “muy de acuerdo”. Se incluyeron además 3 preguntas cualitativas (preguntas 12, 13 y 14 de la [Tabla 1](#)).

Se decidió usar esta escala, dada su adecuación para medir el grado de conformidad y satisfacción subjetiva del encuestado.

RESULTADOS

De los 347 participantes, 167 contestaron al cuestionario de satisfacción. No hay datos diferenciados de profesiones en la encuesta. Respecto a la experiencia profesional de los participantes, 34,2% llevan más de 10 años trabajando dentro de estas organizaciones y asociaciones, 23,3% de 4 a 10 años y 42,5 % de 1 a 3 años.

Tabla 1. Preguntas incluidas en la encuesta.

- 1.Cuál es tu función en el departamento
2. Cuanto tiempo has trabajado en el distrito
3. Los objetivos de la capacitación fueron claramente definidos
4. El entrenamiento de hoy fue comprensible
5. Estoy seguro de que puedo usar estas estrategias de cuidado personal
6. La capacitación será útil en mi trabajo
7. Se alentó la participación y la interacción en la capacitación
8. Recomendaría este entrenamiento a un colega
9. Creo que esta capacitación beneficiará a nuestro personal para hacer frente al estrés
10. Creo que el estrés está afectando a nuestro personal
11. Creo que el estrés y el trauma están impactando a nuestros estudiantes
12. La parte más valiosa de este entrenamiento fue...
13. Esta capacitación habría sido más efectiva si...
14. Nombre una cosa que aprendiste que te sorprendió

Los datos descriptivos muestran que el 75 % consideraba que el entrenamiento fue comprensible, con objetivos claramente definidos. El 83,2% estaba de acuerdo en que podría usar estas estrategias de cuidado personal, el 81,4% afirmaba que esta intervención sería útil en su trabajo y el 82,6% creía que esta formación beneficiaría a su personal para hacer frente al estrés. El 69,5% afirmaba que el estrés y el trauma estaban impactando a los estudiantes.

En relación a los datos cualitativos, los participantes apuntan que la parte más valiosa del entrenamiento fue lo siguiente: “técnicas de relajación, ejercicios

y explicación de neurociencia, la importancia de practicar lo aprendido, ejercicios de relajación, el estar consciente de lo que se hace u ocurre, todas las herramientas que han enseñado, que el estrés se debe a dos factores: externos y genéticos, cuánto puedo llegar a relajarme, conocer que mindfulness es una estrategia”.

DISCUSIÓN

Se logró identificar grupos que apoyaran la intervención a la necesidad identificada. Los profesionales que atendieron a las familias afectadas estuvieron dispuestos a recibir dicha intervención.

Los resultados cualitativos sobre cuánta ayuda provee esta intervención, muestran la satisfacción de los participantes tras este tipo de intervenciones. Y no solo refieren sentir satisfacción, sino que también refieren sentirse ahora más preparados y fortalecidos para afrontar situaciones similares en un futuro.

Se confirma por los resultados, que la formación proporcionada, se ajusta a las necesidades evaluadas en la población objetivo de la intervención, en contenido y formato.

La intervención realizada se ajusta a los modelos previos (22, 23) propuestos en intervenciones post catástrofes, ya que se adecúa a las necesidades de los asistentes, es sensible culturalmente, fortalece a los asistentes y se les da a ellos la decisión de asistir o no. A la vez que se les capacita con herramientas.

Confirmamos la dificultad para medir la eficacia de las intervenciones psicológicas post catástrofe, dado lo peculiar y complejo de tales situaciones. Consideramos y apoyamos la literatura previa (20, 21) que sugiere que, a pesar de las dificultades para medir la eficacia científica de las mismas, hay que seguir realizándolas adecuando los instrumentos.

CONCLUSIONES

Tras confirmar la satisfacción del entrenamiento, se proponen intervenciones como la descrita en este artículo para tratar y prevenir el estrés traumático en poblaciones vulnerables que han sufrido un desastre natural y/ o una situación traumática.

Estoy seguro de que puedo usar estas estrategias de cuidado personal.
167 respuestas

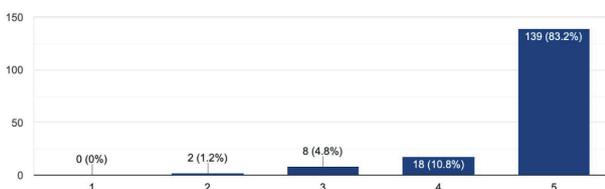


Gráfico 1: Resultados a la pregunta: “Estoy seguro de que puedo usar estas estrategias de cuidado personal”

La capacitación será útil en mi trabajo.
167 respuestas

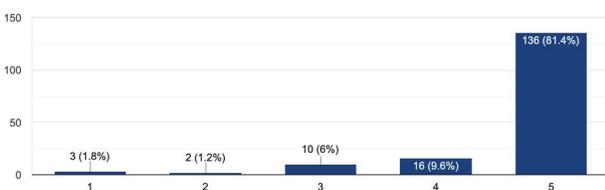


Gráfico 2: Resultados a la pregunta “La capacitación será útil en mi trabajo”

Creo que esta capacitación beneficiará a nuestro personal para hacer frente al estrés.
167 respuestas

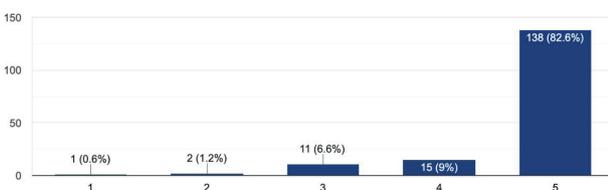


Gráfico 3: Resultados a la pregunta: “Creo que esta capacitación beneficiará a nuestro personal para hacer frente al estrés”

Se sugiere, que se podrían potenciar estos entrenamientos con medidas de seguimiento y continuación de los mismos. Por ejemplo, a) proveyendo supervisión en el trabajo a los profesionales, b) haciendo seguimiento y continuando la intervención al compartir recursos a través de redes sociales u otros métodos electrónicos y, c) ofreciendo otros entrenamientos similares en el futuro cercano que servirían de recordatorios.

La intervención, al poder realizarse de una manera estructurada, puede extrapolarse a otras intervenciones por catástrofes naturales en el futuro, y se afirma que hay oportunidades para realizar más investigación al respecto. Por ejemplo, desarrollando de antemano una batería de instrumentos para evaluar tanto la efectividad del curso como el desarrollo emocional y el crecimiento en resiliencia. Se apunta, así, la necesidad de crear una batería de prevención y de construcción de la resiliencia, que sea eficaz, y que pueda ser implementada en situaciones similares.

Otra medida que se propone y que puede ayudar en el futuro, es establecer una conexión concreta entre organizaciones, como las descritas en este artículo, que comparten intereses similares en términos de prevención y resiliencia. Esto lograría mayor efectividad en la gestión del personal y de recursos ante eventos de tal magnitud, preferiblemente adoptada por planes estatales de intervención en emergencias y agencias de salud.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación Pure Edge Inc., por gestionar esta intervención y prestar sus materiales del currículo Pure Power. A la Asociación de Psicología escolar de Puerto Rico por la gestión, a la Fundación United Way-Fondos Unidos de Puerto Rico por gestionar los recursos, por prestar sus oficinas y organizar la parte técnica de las conferencias online. A Ponce Health Science University por alojar las intervenciones. A la Universidad Carlos Albizu de San Juan, y a

Saint John's School de Puerto Rico, por prestar sus aulas para la formación. Y a todos los profesionales que acudieron a la formación aquí descrita y que voluntariamente asistieron psicológicamente a las familias afectadas por los terremotos.

REFERENCIAS

1. Carrión VG et al. Building an effective Medico-Legal intervention model in post-earthquake Haiti. *Revista de Psiquiatría infanto-juvenil*. 2012; 29 (3): 61–67. <https://aepnya.eu/>
2. Instituto de estadísticas de puerto Rico. Actividad sísmica. <https://public.tableau.com/>
3. Puerto Rico Seismic Network. http://redsismica.uprm.edu/english/Info/sisnotas_sig.php
4. Museo de ciencias de Puerto Rico. <https://ecoexploratorio.org/amenazas-naturales>
5. Earthquake track. <https://earthquaketrack.com/p/>
6. Months After Puerto Rico Earthquakes, Thousands Are Still Living Outside. *The New Your Times*, March 1, 2020. <https://www.nytimes.com/>
7. Mapa de Refugios. <https://batchgeo.com/>
8. McEwen BS, Gianaros PJ. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annual review of medicine* 2011; 62: 431–445. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100430>
9. Kishore N et al. Mortality in Puerto Rico after Hurricane Maria. *New England Journal of Medicine* 2018; 379: 162–170. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1803972>
10. Milken Institute School of Public Health, George Washington University. Ascertainment of the estimated excess mortality from Hurricane María in Puerto Rico. Accessed October 14, 2018. <https://publichealth.gwu.edu/sites/default/>
11. Orengo-Aguayo R et al. Disaster Exposure and Mental Health Among Puerto Rican Youths After Hurricane Maria. *Journal of the American Medical Association* 2019; 2 (4). e192619. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2619>
12. Greenbaum Z. Puerto Rico, two years after Maria. *APA*, September 1, 2019; 50(8): 28. <https://www.apa.org/monitor/2019/09/puerto-rico>

13. Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Comisión para la prevención de suicidio. <http://www.salud.gov.pr/>
14. Aumenta la cifra de suicidios en la Isla. El Vocero, 30 de enero de 2020. <https://www.elvocero.com/ley-y-orden/>
15. Puerto Rico Wellbeing Index. Instituto Desarrollo Juventud. <http://juventudpr.org/en/data/>
16. Johnston-Brooks CH et al. Chronic Stress and Illness in Children: The Role of Allostatic Load. *Psychosomatic Medicine* September/October 1998; 60(5): 597–603. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00015>
17. Dyregrov A, Gregel S. Early Interventions Following Exposure to Traumatic Events: Implications for Practice from Recent Research. *Journal of loss and trauma. International perspectives on stress and coping* 2010; 17(3): 271–291. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.616832>
18. Kazdin AE. Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *American Psychologist* 1993; 48(2): 127–141. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.127>
19. Stallard P et al. The FRIENDS emotional health prevention program: 12-month follow-up of a universal UK school based trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 17:283–289. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0665-5>
20. Lipinsky K et al. The effectiveness of psychosocial interventions implemented after the Indian Ocean Tsunami: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry* 2016; 62(3): 271–280. <https://doi.org/10.1177/0020764015623807>
21. Birur B et al. An Evidence-Based Review of Early Intervention and Prevention of Posttraumatic Stress Disorder. *Community Mental Health Journal* 2017; 53: 183–201. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0047-x>
22. Silove D, Zwi A. Translating compassion into psychosocial aid after the tsunami. *The Lancet* 2005; 365(9456): 269–271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17797-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17797-6)
23. Brymer M et al. Prevention of PTSD in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 2019; 49(7): 320–324. <https://doi.org/10.3928/00485713-20190603-01>
24. Carrión VG et al. Cue-Centered Treatment for youth exposed to interpersonal violence: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, December 2013; 26: 654–663. <https://doi.org/10.1002/jts.21870>
25. Carrión VG. *Terapia de Claves Traumáticas: Manual de intervención para niños y adolescentes con síntomas postraumáticos*. Gedisa; 2019.
26. Fundación Pure Edge Inc. *Mindfulness Curriculum*. <https://pureedgeinc.org>

R. Paricio del Castillo^{1*} 
M. F. Pando Velasco² 

1. M.I.R. 4 Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, España
2. Facultativa Especialista de Área, Psiquiatría Infantojuvenil, Hospital Universitario Ramón y Cajal, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

R. Paricio del Castillo

C/San Gerardo, número 18, 2º Izquierda. C.P. 28035, Madrid (España).

Correo electrónico: rocio.paricio@salud.madrid.org

*Salud mental infanto-juvenil y
pandemia de Covid-19 en España:
cuestiones y retos*

*Child mental health and covid-19
pandemic: questions and challenges*

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha supuesto medidas de salud pública tales como el cierre de los centros educativos y el confinamiento domiciliario de la población.

Métodos: Revisión bibliográfica de los efectos psicológicos en la población infanto-juvenil de las pandemias y del confinamiento, su impacto en el desarrollo, los factores de riesgo asociados y las posibles estrategias de prevención.

Resultados: Las pandemias infecciosas se asocian a un aumento de la sintomatología ansiosa, depresiva y postraumática en la población infanto-juvenil. El confinamiento tiene repercusiones negativas sobre su salud mental y física. El desarrollo de los menores se puede ver afectado por el cierre de las escuelas, la limitación de las relaciones con iguales, la imposibilidad de realizar actividad física en el exterior y la pérdida de hábitos saludables de vida. La pandemia de COVID-19 se asocia con un incremento de factores de riesgo psicosociales, como son el aislamiento y la violencia intrafamiliar, la pobreza, el hacinamiento y el abuso de nuevas tecnologías. Se proponen medidas de prevención en el ámbito familiar, como la comunicación positiva, la promoción de hábitos saludables y el *parenting*. Se hace imprescindible reforzar la accesibilidad a la red de salud mental. Se deben diseñar estrategias de protección de la población infanto-juvenil en el contexto de la actual crisis sanitaria.

Conclusiones: Preservar los derechos de las niñas y los niños, su salud mental y su desarrollo integral, sin poner en riesgo la salud de la comunidad, es un reto al que deben enfrentarse las autoridades competentes.

Palabras clave: coronavirus, psiquiatría infanto-juvenil, salud mental, pandemia, trastorno por estrés postraumático.

ABSTRACT

Introduction: The expansion of the COVID-19 pandemic has led to public health measures such as educational institutions closure and home confinement of the population.

Methods: Bibliographic review in scientific literature of psychological effects in children and adolescents of the pandemic and confinement, the impact on children development, associated risk factors and possible preventative strategies.

Results: Infectious pandemics are associated to an increase of anxious, depressive and post traumatic symptomatology in children and adolescents. Confinement has a negative impact on their mental and physical health. Children development could be affected by school closure, limitations on relationships with peers, a pause on outdoor physical activities and loss of healthy life habits. COVID-19 pandemic is associated to an increase of psychosocial risk factors such as isolation, domestic violence, poverty, overcrowding and overuse of technologies. Preventive

measures are being proposed within families, like positive communication, promotion of healthy habits and parenting. It is essential to reinforce accessibility to the mental health network. Strategies for the protection of children and adolescent population should be designed in the context of the actual health crisis.

Conclusion: To preserve children's rights, their mental health and development, without putting community health at risk, is a challenge that competent authorities have to face.

Keywords: coronavirus, child psychiatry, mental health, pandemic, post-traumatic stress disorder.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la situación de pandemia causada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) en marzo del año 2020. Se ha originado en China y su extensión ha sido rápida y global. Los gobiernos de un gran número de países se han visto obligados a establecer medidas drásticas para proteger la salud pública de la población.

Durante la situación actual de pandemia por COVID-19, la UNESCO estima que aproximadamente 1.38 billones de niños permanecen sin escolarización presencial debido al cierre de los centros educativos y guarderías (1).

En el caso de España, una de las primeras medidas adoptadas para frenar el contagio ha sido el cierre de la actividad presencial en colegios y universidades, con las inevitables repercusiones que tal decisión ha supuesto en la vida diaria de niños, adolescentes y jóvenes. Según el Ministerio de Educación, durante el curso 2019/2020 la escolarización no universitaria en España era superior a 8.237.000 alumnos (2), mientras que el alumnado universitario del curso 2018/2019 superaba el millón y medio de estudiantes (3). A esta recomendación, realizada desde el Gobierno central a las Comunidades Autónomas, le siguió el establecimiento del Estado de alarma, por Real Decreto, publicado en el Boletín Oficial del Estado el 14 de marzo de 2020 y por el cual se limitó la libre circulación de personas, estableciendo

así el confinamiento domiciliario generalizado de la ciudadanía española (4).

El cierre de los centros educativos y el confinamiento domiciliario prolongado suponen cambios importantes en las rutinas y hábitos de vida de niños y adolescentes que, unidos a los factores estresantes intrínsecos a la vivencia de una emergencia sanitaria de tal calibre (miedo al contagio, duelos y pérdidas de seres queridos, merma de la capacidad adquisitiva de las familias...), pueden influir desfavorablemente en su salud mental.

Durante el confinamiento, muchos padres intentan compaginar el teletrabajo con el cuidado de los hijos y la supervisión en tareas académicas, sin la ayuda de otros cuidadores. La dificultad en la convivencia aumenta en las viviendas de tamaño reducido o con alta ocupación (5). El confinamiento aboca a niños vulnerables de entornos desestructurados a no tener otro contacto social más allá de su familia, aumentando la posibilidad de abuso infantil y negligencia en el cuidado, sin que exista contacto externo a través de trabajadores sociales, profesores, o pediatras y otros médicos, que puedan servir como elementos de control.

Hasta este momento, había pocos datos de los efectos sobre la salud mental de brotes infecciosos epidémicos. Varios estudios realizados tras episodios previos de epidemias por agentes infecciosos, como la epidemia de SARS, en el año 2003, y la pandemia de gripe A (H1N1) en 2009, se centran en el análisis del efecto de las mismas en la salud mental de los menores y de los jóvenes universitarios. En ellos se encontró un alto nivel de estrés en las comunidades afectadas (6) y una elevada incidencia de estrés postraumático en niños (7).

Varias publicaciones han hecho énfasis en los efectos a nivel psicológico que el confinamiento ha tenido sobre los niños en China, como resultado de las medidas de protección adoptadas por el gobierno ante la pandemia por COVID-19 iniciada en la ciudad de Wuhan; especialmente, el confinamiento domiciliario (8). Por otro lado, los niños están expuestos a gran cantidad de información sobre la pandemia en medios de comunicación y redes sociales, conviviendo así con el estrés y la repercusión que estas noticias y la situación de confinamiento tienen, no solo en ellos

mismos, sino también en los adultos con los que conviven. Simultáneamente, están experimentando cambios importantes en su rutina y en su entramado social, que son a su vez factores básicos para fomentar resiliencia ante acontecimientos traumáticos (9).

Resulta necesario considerar las evidencias sobre la afectación de la población infanto-juvenil a causa de la pandemia de COVID-19 para diseñar planes de actuación que minimicen su impacto. Los planes sanitarios deberían tratar de forma diferente a la población infantil que a la población adulta (10); ya que, en el contexto de la pandemia de SARS-CoV-2, ambas están afectadas también de forma diferente en términos de virulencia de la infección, potenciales complicaciones y tasas de mortalidad (8). Del mismo modo, las necesidades de los menores en el ámbito de la salud mental son distintas y requieren una evaluación y un abordaje específicos. Asegurar la cobertura de las necesidades de los niños y los jóvenes es esencial en la planificación sanitaria para afrontar una pandemia y mitigar las potenciales complicaciones en su salud mental derivadas de la misma.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Dada la excepcionalidad de la situación generada por la pandemia de COVID-19, que presenta escenarios desconocidos hasta ahora, el Sistema Nacional de Salud español está teniendo que adaptar rápidamente su asistencia a nuevos retos frente a los que únicamente se cuenta con la experiencia previa reciente aportada por China. Estos retos también se manifiestan en el ámbito de la red sanitaria de salud mental, tanto por la necesidad de ajustar la asistencia a los requerimientos de distanciamiento social, como por el posible impacto psicológico de la pandemia y las medidas adoptadas para atajarla. Los niños y adolescentes conforman una población especialmente vulnerable a las crisis sociales; y si bien los datos recogidos hasta ahora arrojan una escasa morbilidad por la infección (11), los efectos de la pandemia y del estado de alarma podrían repercutir negativamente en su bienestar físico y emocional.

El presente trabajo tiene como objetivo revisar, en base a la literatura científica, el impacto psicológico de las pandemias y del confinamiento en la población

infanto-juvenil. También se revisan las repercusiones de las medidas institucionales adoptadas con motivo de la actual pandemia de COVID-19 sobre el desarrollo en la infancia, así como los factores de riesgo para su salud mental asociados a la misma, y servir de guía para planificar estrategias de protección de la salud mental infanto-juvenil en este contexto.

MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos y revisiones sistemáticas publicados en revistas científicas, seleccionando los artículos que recogían evidencia científica acerca de la salud mental en la población infantil y joven universitaria.

Para ello, se ha procedido a la búsqueda bibliográfica sobre los efectos psicológicos de la epidemia de COVID-19 en la base de datos PubMed. Se introdujeron las palabras clave “Mental health” (Salud Mental), “children” (Niños) y “COVID” (COVID), asociadas mediante el operador lógico “and” (y). Se hallaron 34 artículos, de los cuales se seleccionaron aquellos en los que se hacía referencia expresa a las repercusiones en la salud mental de la población infanto-juvenil debido a la epidemia de coronavirus, admitiéndose 12 artículos, y se rechazaron aquellos cuyo contenido no se centraba en la salud mental de dicha población. Se ha revisado la literatura disponible respecto a pandemias previas (“pandemic” and “children” and Mental health”), obteniéndose 28 resultados, de los cuales se seleccionaron aquellos que hacían referencia a pandemias infecciosas de epidemiología y mecanismos de transmisión semejantes a la actual pandemia por COVID-19, con lo que se revisaron 13 artículos. Posteriormente, se amplió la búsqueda de artículos relacionados con el confinamiento en menores de edad (“confinement” and “children”), hallándose 161 artículos, de los cuales se seleccionaron 27 artículos en los cuales se abordaban las repercusiones conductuales y emocionales de dicho confinamiento. Dada la escasa experiencia acumulada en relación al COVID-19, se realizó búsqueda del Trastorno por Estrés Postraumático en menores de edad en otras situaciones de emergencia sanitaria (“PTSD” and “children” and “emergency”), encontrando 102

artículos, de los cuales se seleccionaron aquellos 16 que se referían a las posibles secuelas traumáticas en niños de situaciones sanitarias de repercusión pública.

El análisis de los datos ha sido de características cualitativas, buscando paralelismos teóricos y narrativos entre las situaciones expuestas en los artículos revisados y la experiencia actual en relación a la pandemia por COVID-19.

RESULTADOS

Estudios de población infantil en epidemias y otras emergencias sanitarias

Algunos autores, como Holmes et al, señalan la necesidad de recolectar de manera inmediata datos de alta calidad de los efectos específicos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental en la población mundial, prestando especial atención a los colectivos vulnerables, como las niñas y los niños (12). A pesar de que dichos efectos, a medio y largo plazo, son todavía inciertos, contamos con estudios que han evaluado las repercusiones en la población infanto-juvenil de otras pandemias recientes de orden mundial, como la gripe A, de 2009, o la epidemia de SARS (Síndrome respiratorio agudo grave, producido por el coronavirus SARS-CoV), de 2002 y 2003.

Trastorno por Estrés Postraumático

Los desastres naturales se encuentran dentro de los eventos con potencial efecto traumático descritos por la Asociación Americana de Psiquiatría en la quinta edición de su Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) (13). Las epidemias, una forma de desastre natural, a menudo conllevan vivencias generalizadas y compartidas de amenaza para la vida propia y de los que nos rodean, que deben ser consideradas en todo su potencial traumático. El 30% de los jóvenes expuestos a un evento traumático, como puede ser una epidemia, desarrollan síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (14). Asimismo, es habitual que los individuos que han sufrido físicamente a causa de emergencias de salud pública desarrollen algún grado de Trastorno por Estrés Postraumático,

incluso una vez recuperados y tras el alta hospitalaria (15). Las medidas de salud pública tomadas para frenar las epidemias pueden también tener un efecto traumatizante en la población. Sprang y Silman (2013), comprobaron que, en situaciones de epidemia, los niños que habían sido cuarentenados presentaban en las escalas de Estrés Postraumático puntuaciones cuatro veces superiores a aquellos que no habían sido cuarentenados (7).

La epidemia de SARS que sufrió China entre noviembre de 2002 y julio de 2003 tuvo profundas repercusiones en la población de las regiones afectadas, con efectos traumáticos en los familiares de los fallecidos por la misma (16). Un estudio sobre factores estresores relacionados con el SARS y estilos de afrontamiento realizado en estudiantes universitarios chinos - considerados población de alto riesgo para contagio de enfermedades infecciosas - señaló que el impacto psicológico de la epidemia en la población no directamente contaminada por la enfermedad fue significativo, estando el estilo de afrontamiento evitativo más relacionado con la presencia de síntomas de estrés postraumático (17).

Duelo

Las epidemias conllevan un incremento en el número de fallecidos a nivel poblacional y muchas veces implican la necesidad de elaborar los duelos en condiciones desfavorables.

La pandemia de gripe A (H1N1) de 2009 supuso medidas de salud pública semejantes a las implementadas en relación a la COVID-19, ya que obligó a extremar los protocolos de higiene en el entorno escolar e, incluso, a cierres generalizados de escuelas en Estados Unidos para favorecer el distanciamiento social y disminuir así la curva de contagios. Algunos autores señalaron que, además del elevado riesgo de desarrollar problemas respiratorios graves, los niños eran un colectivo especialmente vulnerable a la gripe A debido a las implicaciones sociales y de salud que a menudo acarrea la interrupción de la escolarización (menor nivel educativo, pérdida del juego con pares, mayor aislamiento social, empobrecimiento dietético en niños que hacían uso del comedor escolar...) (10). Dichos autores también mencionan las dificultades que presentaron algunos niños asociadas a los duelos

34

por fallecimiento de seres queridos víctimas de la gripe A, en especial cuando los rituales de despedida, como los funerales o entierros, no se pudieron celebrar para evitar contagios; ya que, por lo general, estos rituales ayudan a elaborar la pérdida. En la actual pandemia de COVID-19, los procesos de duelo están viéndose dificultados por las medidas de aislamiento y de distancia social, que impiden la despedida de los seres queridos que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad, así como la celebración de funerales (18).

Por otro lado, durante el confinamiento, se ha detectado un aumento de llamadas a la policía por violencia intrafamiliar (18). Diversos estudios señalan que la cohesión, la buena comunicación y la expresión de afectos dentro de las familias favorece la adecuada resolución de los duelos, mientras que el distanciamiento, los conflictos y la falta de despedida de los seres queridos se asocian a síntomas ansiosos y depresivos (19).

Ansiedad y depresión

Un estudio realizado sobre población infanto-juvenil en China señala que el 22,6% de sus estudiantes ha presentado síntomas depresivos durante la pandemia de COVID-19, una cifra superior a los estudios previos realizados sobre escuelas de Educación Primaria (17,2%). En este estudio, relacionan la presencia de síntomas depresivos con la reducción de la interacción social y de actividades fuera del domicilio (20). El mismo estudio señala una prevalencia de síntomas de ansiedad del 18,9%, superior a las cifras recogidas en otras investigaciones previas a la emergencia del nuevo coronavirus 2019 (entre el 9 y el 16%) (21). Las epidemias de enfermedades infecciosas conllevan el miedo de la población al contagio y a la enfermedad, con un incremento generalizado de la sintomatología ansiosa. Sin embargo, en un estudio realizado sobre población de estudiantes universitarios de Guangzhou (China) durante la epidemia de gripe A (H1N1), se observó que la mayoría de los integrantes de la muestra no habían incorporado a sus hábitos las recomendaciones sanitarias (el 72,3% no había reducido la frecuencia con la que se tocaba la cara, y menos del 30% se lavaba más de 10 veces al día las manos), pero casi la mitad

(un 45%) estaban preocupados por la posibilidad de contagio de sus familiares, y más del 10% afirmaban haber experimentado alteraciones emocionales debido a la epidemia (22).

En el caso de la pandemia de COVID-19, un estudio en la población china encontró elevados niveles de ansiedad en relación a la posibilidad de contagiar a los familiares, y no tanto respecto a padecer la enfermedad (23). La población infantil se ha visto poco afectada por la enfermedad respiratoria causada por el SARS-CoV-2, siendo mayoritarias las formas asintomáticas o leves de la misma (11). No obstante, la vivencia de amenaza para los menores de edad se ha hecho presente con el fallecimiento de seres queridos, la separación de miembros de la familia debido a las medidas de aislamiento y alteración de sus formas de vida habituales.

En los niños de corta edad, existen dificultades añadidas, ya que su necesidad de cuidados imposibilita cumplir el aislamiento social tras el contagio de COVID-19, en caso de requerirlo ellos o sus figuras cuidadoras. La separación de los niños de sus figuras cuidadoras habituales desencadena reacciones ansiosas y de malestar emocional, como tristeza o irritabilidad (24). Se ha detectado que los niños que han sido confinados junto con sus familiares han sufrido menor repercusión psicológica que aquellos que han sido separados de sus cuidadores principales, bien por haber contraído la infección y estar ingresados o en cuarentena domiciliaria, o bien por haber perdido a uno de ellos por la infección; también por estar custodiados por organismos oficiales (8). El gobierno chino trató de resolver estas dificultades de cuidado proveyendo a los niños aislados de la atención continua de una enfermera y mediante la creación de la figura de “madres voluntarias”. Además, en ciudades grandes de China, como Shanghai, Guangzhou y Hangzhou, se han adoptado medidas para facilitar el contacto de los menores en aislamiento con sus familiares vía telemática, con el fin de reducir sentimientos de miedo y malestar psicológico (8).

Estudios de población infantil en confinamientos

La mayor parte de los estudios acerca de los efectos psicológicos del confinamiento en menores de edad

se ha realizado en regímenes disciplinarios con una finalidad principalmente punitiva. Desde los años 80, el aislamiento social se ha empleado con frecuencia en centros carcelarios de EEUU y Canadá, a pesar de los perjuicios psicológicos que tales medidas tienen en quienes las padecen, y que algunos autores han considerado como una forma de abuso (25). Los estudios sobre confinamiento en menores de edad dentro del ámbito penal señalan que el aislamiento social y la falta de estímulos ambientales en etapas críticas del desarrollo neurológico, psicológico y social, se relacionan con un importante deterioro de las capacidades de socialización; además, esta técnica se ha asociado a un incremento del riesgo de suicidio y a una peor reintegración social tras el final de la misma (26). Sin embargo, estas conclusiones parecen estar relacionadas no sólo con el confinamiento, sino con las experiencias vitales negativas previas de los niños y adolescentes que se encuentran en el circuito penal (27) y que no se corresponden con las de la población general infanto-juvenil.

Este concepto de confinamiento difiere de la exclusión social que se produce en los ingresos psiquiátricos y con la que se pretende preservar la seguridad y el bienestar de los afectados, así como proveerles de asistencia sanitaria, actuando desde una perspectiva clínica, y nunca punitiva (28). El aislamiento social en la infancia de origen sanitario es también necesario en niños que padecen ciertas enfermedades oncológicas o inmunodeficiencias, como forma de salvaguardar su salud. Del mismo modo, algunos ingresos hospitalarios prolongados en menores de edad suponen una forma de “confinamiento”, con un importante deterioro de la vida escolar y social de los menores. Existe abundante evidencia científica sobre el coste psicológico y social de las enfermedades crónicas en niños y adolescentes; especialmente, cuando requieren aislamiento social o conllevan ingresos hospitalarios reiterados, asociándose a una mayor prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, y a un deterioro generalizado de la salud mental (29).

Por otro lado, los niños asilados políticos o en campos de refugiados, que también experimentan el desarraigo social y, en muchas ocasiones, un importante aislamiento, con impedimentos para las

relaciones interpersonales por el miedo, la violencia y la persecución a los que son sometidos, presentan una elevada incidencia de trastornos mentales ansiosos, afectivos y postraumáticos, así como un retraso de su desarrollo físico y del neurodesarrollo (30).

Estas formas de aislamiento se distinguen del confinamiento decretado para combatir la propagación de enfermedades infecciosas en su objetivo (preservar la salud colectiva) y su aplicación, ya que el aislamiento derivado de las epidemias tiene características propias de índole social. Un ejemplo reciente es el confinamiento decretado en Estados Unidos en el año 2009 por la pandemia de gripe A, que, según algunos estudios, supuso el empeoramiento de la salud física y mental de su población infanto-juvenil, con incremento en este colectivo de síntomas ansiosos y depresivos (10). Algunos autores han señalado ya que, en el caso de la pandemia por COVID-19, existen factores estresores asociados que repercuten negativamente en la salud mental de los niños, como son la frustración de planes y el aburrimiento, la incertidumbre respecto a la duración de las medidas de confinamiento, el miedo social a la infección, las limitaciones en el disfrute del ocio y la falta de espacio personal en el domicilio (31).

Asimismo, el confinamiento domiciliario puede afectar a los hábitos de vida saludables y repercutir negativamente en la salud física y mental de adultos y menores. Los estudios sugieren que, en los niños, los periodos no lectivos se asocian con una menor actividad física, patrones de sueño irregulares y dietas menos saludables (32). En una situación de confinamiento, estos malos hábitos se ven potenciados por circunstancias sobreañadidas, como son tener impedidas las actividades en el exterior (con un aumento del sedentarismo) (33), un mayor empleo de dispositivos electrónicos con pantallas (que interfieren en la calidad del sueño) (34), o un manejo inadecuado del estrés (con aumento del apetito y de la ingesta calórica) (35).

Todo ello apunta la importancia de valorar adecuadamente a nivel estatal los beneficios en materia de salud pública del confinamiento domiciliario de la población infanto-juvenil respecto a los perjuicios que esta situación puede acarrear para su salud mental y física. A la luz de la evidencia científica, en el caso

36 de que estas medidas resulten ineludibles por razón de salud pública, es necesario establecer estrategias y protocolos que garanticen la protección de la salud mental de las y los menores.

Efectos en el desarrollo de los niños

La infancia y la adolescencia son periodos en los que el contexto tiene una gran influencia sobre la conducta de los individuos, aportando factores protectores, a través de una red de valores y de normas que se adquieren del grupo, y factores de vulnerabilidad, vinculados a situaciones de hostilidad, pobreza y exclusión social (36).

La población infanto-juvenil afectada por la pandemia del virus SARS-CoV-2 ha seguido teniendo estímulos sociales, pero ha visto radicalmente mermada su variedad debido al confinamiento y al decreto de distancia social, que han conllevado un cambio radical de sus hábitos de vida, con el cierre de las escuelas y la limitación de las relaciones con iguales y de la actividad psicomotriz en el exterior del domicilio.

Cierre de las escuelas

Estudios en la epidemia de gripe A de 2009 distinguen las repercusiones de un cierre de las escuelas recortado en el tiempo (de días) respecto a una clausura más prolongada, siendo ésta última precipitante de un menor nivel académico de los alumnos afectados, además de un empeoramiento global de su salud física y mental (16). En España, el cierre de las escuelas a nivel estatal se decretó junto al establecimiento del Estado de alarma, el día 14 de marzo de 2020, y, según las directrices de las autoridades sanitarias, no se planteará su reapertura hasta el inicio del nuevo curso, en septiembre de 2020, por lo que nos encontramos ante una clausura prolongada, con implicaciones fundamentales para los niños y los jóvenes.

Es preciso destacar que la escuela, además de la formación académica, desempeña una importante labor en la socialización de las niñas y los niños, el ejercicio de distintos roles y el desarrollo de sus habilidades interpersonales. La existencia de una red

social cohesionada en la escuela favorece el desarrollo de las habilidades sociales de las niñas y los niños (37). Al suprimir la escolarización presencial y el ocio fuera del domicilio, las interacciones sociales se han visto limitadas al núcleo familiar cercano.

Por otro lado, el aprendizaje, especialmente en la primera infancia, se produce sobre todo por imitación – pues, ya en la edad preescolar, las niñas y los niños imitan en un nivel más abstracto que las meras acciones motoras –, y requiere un alto grado de interacción interpersonal (38). El cierre de las escuelas ha obligado a la rápida transformación de la formación académica, estableciendo nuevos sistemas de escolarización online, hasta ahora marginales en el sistema educativo español, sin haber podido garantizar previamente que todas y todos los estudiantes tengan acceso a Internet. Además, esta forma de educar no cubre las necesidades infantiles de contención y regulación emocional, desarrollo de habilidades sociales e interiorización de reglas y normas. Además, el esfuerzo precipitado por adaptar la educación convencional a un formato virtual está precisando la implicación de unos padres también en proceso de adaptación al teletrabajo, que no siempre están disponibles para cubrir las necesidades académicas de sus hijos.

Por último, este cierre prolongado de las escuelas y las universidades ha supuesto un elevado grado de incertidumbre a aquellos jóvenes que estaban pendientes de las pruebas selectivas de acceso a la Universidad, así como a los estudiantes universitarios, que han visto peligrar sus evaluaciones – y, con ello, su futuro académico y profesional –, debido a los cambios continuos en las fechas y las modalidades de examen.

Relación con iguales

Los niños necesitan el juego para su desarrollo integral, pues les permite interiorizar roles, normas y valores, además de tratarse de una manera eficaz para combatir el aburrimiento, las preocupaciones y el estrés (39). La relación con iguales contribuye a desarrollar habilidades sociales y ensayar distintos roles mediante el juego y la interacción interpersonal. El aislamiento social de pares se asocia a sentimientos de soledad y

frustración; especialmente, en las etapas de infancia escolar y adolescencia, cuando el sujeto busca y necesita la interacción con iguales para su correcto desarrollo psicosocial (40). Debido al confinamiento y a las medidas de distancia social decretadas por la pandemia de COVID-19, las relaciones con iguales de las niñas y los niños prácticamente han desaparecido de su vida cotidiana.

En este sentido, el empleo adecuado de las redes sociales por medio de las nuevas tecnologías puede mitigar la sensación de soledad en los menores de edad y ayudarles a mantener su tejido relacional. A este respecto, una revisión realizada sobre el empleo de videojuegos por niños en aislamiento debido a hospitalizaciones largas sugiere que éstos podrían permitir objetivos tan variados como la motivación, la distracción, la socialización, el desarrollo emocional e incluso la implementación de actividad física (41).

Actividad psicomotriz

La infancia es un periodo crítico para el desarrollo cognitivo y psicomotor. La actividad física tiene un papel crucial en la salud, el neurodesarrollo y la formación de hábitos de los niños y las niñas (42). Existen diversos estudios que demuestran la influencia de la actividad física en la salud de los pre-adolescentes; especialmente, la correlación positiva entre la práctica de deportes y el desarrollo de funciones cognitivas (43). El decreto de un confinamiento domiciliario ha impedido a las niñas y los niños españoles realizar ejercicio en el exterior del domicilio en todos aquellos hogares sin jardines o terrenos privados. Así, la actividad física ha quedado limitada al entorno domiciliario, restringiendo la práctica de deportes. Esta situación, además de los perjuicios en salud derivados del sedentarismo que ya se ha detectado (20), podría tener repercusiones a medio plazo en el desarrollo cognitivo y psicomotor de los niños; especialmente, de los más pequeños (43).

Factores de riesgo para las alteraciones en la salud mental durante la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 podría empeorar los problemas de salud mental preexistentes y facilitar la

emergencia de nuevos casos en niños y adolescentes debido a la singular combinación de factores de riesgo que supone la existencia de una crisis de salud pública, el aislamiento social decretado para frenar la infección y la recesión económica derivada de las necesarias medidas estatales de distancia social.

Diagnóstico previo en Salud Mental

Según algunos estudios, más de un 20% por ciento de los menores de edad presentan durante la infancia algún tipo de patología mental que requiere atención especializada (44).

Los modelos explicativos actuales de la enfermedad mental sitúan su emergencia en la confluencia entre factores genéticos y factores ambientales; de este modo, las experiencias vitales y el estrés ambiental sufridos en la infancia influyen en el desarrollo de patología mental (45). Por ello, conviene evaluar el impacto que un ambiente altamente estresante, como el que se ha generado en relación a la crisis de la pandemia de COVID-19, tiene sobre la salud mental de los niños. Los efectos psicológicos derivados del afrontamiento de situaciones desconocidas, como la reducción de la actividad social y el confinamiento domiciliario, y de las vivencias de separación de padres y familiares debido al aislamiento por contagio, los duelos sin despedida por fallecimiento por COVID-19, la incertidumbre y el miedo a la enfermedad y al contagio, han aumentado la incidencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población infanto-juvenil china (20). Aunque los niños presentan una elevada capacidad de adaptación a situaciones novedosas, y su resiliencia supera a la de los adultos (46). Sin embargo, se debe tener en cuenta, que la resiliencia se construye durante la infancia en un contexto de rutinas y entramados sociales, que ahora se han visto drásticamente alterados (9).

Los colectivos de menores con trastorno mental son especialmente vulnerables a sufrir empeoramiento o descompensación de su patología mental, tanto por los factores estresantes de la crisis provocada por el COVID-19, como por la menor capacidad de un sistema sanitario colapsado para ofrecer seguimiento estrecho e individualizado en estas circunstancias. Un estudio sobre la población infanto-juvenil afectada por la pandemia de gripe A (H1N1) demostró que los

38

niños que reciben asistencia por trastornos mentales, especialmente aquellos con trastornos neuróticos y somatomorfos, son particularmente vulnerables a nivel psicológico a las epidemias de enfermedades infecciosas (47).

Los factores estresores que suponen la pandemia de COVID-19 podrían empeorar la evolución y el pronóstico de algunos trastornos mentales. Urge recabar información y realizar estudios al respecto. En el caso de las y los niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA), la alteración de rutinas y la imposibilidad de salir al exterior podrían exacerbar el ánimo irritable y las alteraciones de conducta; existiendo, además, evidencia de los beneficios positivos del ejercicio físico en el manejo de las alteraciones conductuales de este trastorno (48). Por ello, en España, durante la fase de confinamiento estricto, se permitió de manera excepcional a las y los menores de edad con diagnóstico de TEA y alteraciones de conducta salir al exterior, siempre bajo la responsabilidad de un adulto (49). En los niños, el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) tiene como temática predominante el contagio y la contaminación (50), por lo que el miedo poblacional al contagio del coronavirus podría empeorar la sintomatología obsesiva, mientras que las recomendaciones sanitarias de lavado de manos podrían contribuir a reforzar las compulsiones de limpieza. En cuanto a las y los menores con trastornos de ansiedad o de la esfera afectiva, han podido ver reagudizada su sintomatología en relación a los estresores ambientales desencadenados por esta pandemia. Autores como Peter Green señalan que los niños, que han permanecido confinados en sus casas durante semanas, sin que sus necesidades propias se hayan tenido en cuenta, han visto incrementados sus niveles de ansiedad, presentado miedo y pérdida de confianza respecto a su futuro (18).

Además, la recomendación de permanecer confinados en domicilio y el miedo al contagio al acudir a urgencias en los centros hospitalarios ha hecho que disminuyan las consultas presenciales hospitalarias y en centros de salud, lo que dificulta el diagnóstico y la asistencia precoz por parte de profesionales de la salud mental (18).

Por todo ello, resulta imprescindible que la red de salud mental mantenga el seguimiento de estos

pacientes, adaptándose a los requerimientos de la cuarentena global mediante la implementación de la teleasistencia (telepsiquiatría o telepsicología), que han demostrado de forma sobrada su utilidad en la pandemia de COVID-19 (51). La llamada telefónica, la consulta por correo electrónico o la videoconferencia se presentan como posibles alternativas a la consulta presencial, permitiendo la valoración del estado de salud mental, la intervención psicoterapéutica y el ajuste farmacológico de aquellos menores que lo requieran.

Aislamiento y violencia familiar

La pandemia de COVID-19 ha provocado el aislamiento generalizado de la población mundial. Las situaciones de aislamiento social son un factor de riesgo para las personas vulnerables, como las niñas y los niños, de sufrir violencia en el ámbito familiar (52). La evidencia demuestra un cierto aumento de violencia intrafamiliar asociada al confinamiento, debido en parte a un aumento subsecuente del nivel de estrés en los progenitores por el temor al contagio, la disminución de la capacidad adquisitiva o incluso la pérdida del empleo (5). El confinamiento aumenta la posibilidad de abuso infantil y negligencia en el cuidado, que suponen riesgos en un contexto en el que los niños no mantienen contacto social más allá de su entorno familiar, lo que dificulta la detección e intervención por parte de figuras externas. En la pandemia de COVID-19, se ha detectado un aumento de llamadas a líneas de ayuda a la infancia y de llamadas a policía por incidentes de violencia intrafamiliar (18).

Pobreza

La crisis por el coronavirus SARS-CoV-2 ha supuesto una importante incertidumbre económica en muchos hogares, debido a la destrucción de empleo que ha ocasionado, especialmente en los colectivos sociales más vulnerables. La pobreza se asocia con una peor salud mental de los y las niñas que la padecen, más problemas emocionales y mayores alteraciones de conducta (53). Las crisis económicas se han asociado con un incremento de los problemas de salud mental en los jóvenes (54).

El hacinamiento es otro factor de riesgo para la salud mental que se asocia a un bajo nivel económico y que tiene efectos psicológicos perjudiciales al limitar el desarrollo de su vida al interior de domicilios pequeños y con alta ocupación (55).

Además, la pandemia de coronavirus ha hecho patente lo que se ha llamado la “brecha digital”, esto es, la limitación de algunas familias – sin medios económicos o sin conocimientos tecnológicos suficientes – para garantizar el acceso de sus hijos a la educación online.

Abuso de nuevas tecnologías

El empleo inadecuado de las nuevas tecnologías tiene efectos nocivos en la salud mental. La no asistencia a la escuela es un factor de riesgo de abuso de las mismas, así como de un menor control parental sobre el acceso de los menores a los contenidos digitales (34). Un efecto frecuentemente asociado al uso de las nuevas tecnologías es la alteración de los patrones de sueño, que se produce por la sobreinformación y el uso de pantallas con luz azul en las horas previas al descanso nocturno (56).

Recomendaciones para mejorar el afrontamiento de la pandemia de COVID-19 por parte de niños/as y adolescentes

La evidencia acumulada respecto a los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental infanto-juvenil señala la necesidad de abordar las necesidades específicas de este colectivo. La implementación generalizada de estrategias preventivas a nivel poblacional resulta inaplazable, dada la posibilidad de nuevos brotes de SARS-CoV-2, así como de la emergencia de nuevas pandemias mundiales.

Debido a que el núcleo familiar se ha convertido en el centro del desarrollo de la vida durante la pandemia, se debe ofrecer a los padres las herramientas necesarias para prevenir y manejar el malestar emocional que pueda surgir en sus hijos durante el confinamiento. Por otro lado, se hace necesario una evaluación estatal de las necesidades de la población infanto-juvenil, a fin de generar estrategias de salud pública que permitan abordarlas de manera eficaz.

Medidas enfocadas hacia la prevención en el entorno familiar

La Sociedad de Psiquiatría Infantil ha emitido algunas recomendaciones ante la situación generada por la pandemia de COVID-19 y las medidas adoptadas por los organismos oficiales para ayudar a las familias a manejar el miedo, la incertidumbre y la indecisión que esta situación puede generar en los niños (57).

Se proponen las siguientes líneas de cuidado del bienestar mental de los menores:

1. Comunicación positiva

Es necesario que los padres establezcan una buena comunicación que permita a las y los menores expresar sentimientos tales como el miedo, el agobio o el aburrimiento. La ausencia de conversaciones focalizadas en las emociones genera ansiedad en los niños respecto al estado emocional de los adultos que les rodean, lo que puede fomentar en ellos un estilo de afrontamiento evitativo y dificultades para reconocer y expresar sus sentimientos (9). No clarificar dudas o negarse a hablar abiertamente de la pandemia y sus repercusiones con ellos favorece la sensación de miedo y amenaza. Es recomendable que los adultos al cargo de menores se esfuercen en dar ejemplo y expresar también sus propias emociones, no limitando la comunicación a los aspectos prácticos de la enfermedad, y que soliciten ayuda psicológica en caso de necesitarla.

También es importante que la información sobre el nuevo coronavirus que se ofrezca a los niños sea concisa y adaptada a su edad, explicándoles la necesidad de las medidas establecidas para combatir la pandemia. Con este fin, se puede recurrir a vídeos, tutoriales o cuentos que distintos organismos han diseñado, facilitándoles el acceso a información concreta y veraz, así como su comprensión. Por ejemplo, en China, el gobierno difundió información adaptada a los niños en forma de vídeos.

2. Educar en hábitos de salud

Para un correcto desarrollo en la infancia, son necesarias las rutinas y los hábitos de vida saludables. Por ello, se recomienda tener unos horarios de comida y sueño estructurados, separar espacios de aprendizaje y escolarización online de otros de ocio, mantener una dieta equilibrada y, en la medida de lo posible, potenciar la práctica de ejercicio físico en casa (57).

Los horarios estructurados permiten disminuir la incertidumbre y el aburrimiento de los niños, y el ejercicio físico y el adecuado descanso nocturno son fundamentales para mantener un buen estado anímico. Las pantallas y las nuevas tecnologías pueden ser buenas aliadas, siempre que se abogue por un uso responsable de las mismas. Por otro lado, anunciar cada día lo que se va a realizar en la jornada siguiente, intercalando las actividades académicas con otras de ocio, tratando de incluir actividades divertidas y variadas, ayuda a los más pequeños a mantener la ilusión y hacer más llevadera la monotonía asociada al confinamiento.

También se debe instruir a los niños en los hábitos de higiene que han demostrado ser eficaces para disminuir la propagación vírica: lavado frecuente de manos, evitar tocarse la cara y cubrirse la boca con el antebrazo al toser o estornudar (58). Dado que los niños aprenden por imitación, la mejor instrucción para ellos es ver a sus padres cumplir con las pautas de higiene señaladas.

3. Técnicas de parenting y crianza positiva

La pandemia de COVID-19 está cambiando la vida familiar de muchos hogares españoles, que han pasado a convertirse en el centro de todas las actividades diarias: escolarización, trabajo y ocio deben convivir en el domicilio, con las dificultades prácticas que esto supone. Muchos padres y madres están viviendo situaciones de estrés derivadas de la incertidumbre laboral y económica, lo que puede ocasionarles ansiedad y dificultar el manejo emocional de sus hijos. Por ello, es prioritario que los padres cuenten con recursos para lidiar con su propio estrés, como son las herramientas de relajación, el empleo del *counselling* psicológico telemático y el recurso a grupos de padres mediante las redes sociales (1). A

este respecto, diversos organismos internacionales, como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o la Organización Mundial de la Salud, han desarrollado guías para ayudar a los padres a afrontar la crisis originada por la COVID-19 de forma positiva (1).

El confinamiento supone una oportunidad para estrechar la convivencia con los hijos y construir relaciones saludables con ellos. El empleo del humor, la implicación de padres e hijos de manera conjunta en actividades domésticas y lúdicas, y la innovación dentro de las rutinas estructuradas puede fortalecer los vínculos familiares y facilitar el disfrute del tiempo compartido (57).

Medidas sanitarias para la prevención y la intervención precoz sobre los problemas de salud mental de la población infante-juvenil

1. Seguimiento en la red de salud mental

En el caso de los menores de edad que tengan un diagnóstico previo o empiecen a presentar signos de alarma (ánimo inusualmente bajo o irritable, sintomatología ansiosa de difícil manejo, alteraciones de conducta, etc.), se recomienda la valoración por parte de un profesional de la red de salud mental, para facilitar la intervención precoz. Es necesario que la red sanitaria esté disponible y ofrezca servicios telemáticos (telefónico, videoconferencia, correo electrónico...) que faciliten la consulta manteniendo las medidas de distanciamiento social (59), y se debe garantizar el acceso de los niños y adolescentes que lo necesiten a psiquiatras y psicólogos especializados en salud mental infante-juvenil.

2. Otras medidas de salud pública

Ante todas las evidencias sobre la afectación de la salud mental de la población-infante-juvenil como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se debe poner en marcha el diseño de planes de actuación que aseguren la cobertura de sus necesidades, diferentes de las de los adultos. Estos planes deberían focalizarse en la promoción de actividades preventivas, la capacidad de los hospitales y el refuerzo de la red de salud mental, además de contemplar la disponibilidad

de tratamientos efectivos y la dispensación de la vacunación, si ésta última llega a estar disponible.

También se deberían evaluar las repercusiones físicas, psicológicas y sociales del aislamiento social y del confinamiento en una etapa tan crítica como es la infancia, para buscar alternativas que permitan mitigarlas (8). A la luz de los drásticos cambios sociales que ha precipitado la pandemia de COVID-19, se hace prioritario rediseñar nuestro modelo educativo y de cuidados para garantizar que el futuro de nuestros niños y jóvenes no se vea lastrado por la actual crisis. Para ello, es necesario garantizar el acceso de la población infanto-juvenil a una educación de calidad, sin menoscabo de su desarrollo social, facilitando su disfrute del ocio y de las actividades deportivas en el exterior, pero salvaguardando siempre la salud comunitaria.

Preservar los derechos de las niñas y los niños, su salud mental y su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional, sin poner en riesgo la salud pública es, quizás, uno de los mayores retos a los que deben enfrentarse ahora las autoridades competentes en materia sanitaria.

CONCLUSIONES

La pandemia de COVID-19 ha alterado de forma drástica los modos de vida de nuestra sociedad. Una población especialmente vulnerable a estos cambios son los niños y adolescentes, que están experimentando los efectos de las medidas de salud pública para frenar la epidemia en su forma más radical.

Las pandemias de enfermedades infecciosas se asocian con un aumento de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés postraumático en la población infanto-juvenil, y suponen un contexto en el que los duelos por la pérdida de seres queridos se ven complicados debido a la imposibilidad de efectuar rituales de despedida. El decreto de confinamiento y distancia social han supuesto, para las niñas y los niños, el cierre de las escuelas, la imposibilidad de la interacción y el juego con iguales y la falta de actividad física y ejercicio en el exterior, factores todos ellos que pueden limitar su correcto desarrollo físico y socioemocional. Además, las consecuencias sociales y económicas de la crisis, con pérdida de la actividad

laboral y la capacidad adquisitiva de muchas familias, los colocan en una situación de mayor vulnerabilidad e incertidumbre respecto a su futuro.

Un grupo de menores especialmente vulnerables a padecer los efectos psicológicos de la pandemia son aquellos con diagnóstico previo de trastorno mental, a quienes se debe garantizar un correcto seguimiento por parte de su profesional de referencia. Asimismo, las niñas y los niños que desarrollen síntomas en relación a esta crisis (irritabilidad, sintomatología ansiosa, tristeza excesiva, fobias o miedos incontrolables, dificultades en la elaboración de duelos...) también deben tener acceso a la valoración por parte de un profesional de la salud mental; empleando, siempre que resulte posible, la teleasistencia.

Se hace necesario establecer estrategias de prevención, ofreciendo a las madres y los padres información acerca del *parenting* y la crianza positiva en situaciones de crisis, fomentando hábitos de salud adecuados y dotándoles de herramientas para ayudarles en el manejo emocional de sus hijos.

Además, las medidas de salud pública a tomar en posibles nuevos brotes del virus SARS-CoV-2, o de nuevas pandemias, deben de ser revaluadas a la luz de la evidencia científica acumulada durante esta crisis, prestando atención a las necesidades específicas de la población infanto-juvenil. Preservar los derechos de las niñas y los niños, su salud mental y su desarrollo integral, sin poner en riesgo la salud de la comunidad, es un reto social al que deben enfrentarse las autoridades competentes en materia sanitaria.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, et al. Parenting in a time of COVID-19 Lancet. 2020;395(10231): e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
2. Ministerio de Educación y Formación Profesional. Datos y cifras. Curso escolar 2019-2020. Catálogo de publicaciones del Ministerio. 2020. (Consultado 7 Abr 2020). Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publventura>.

3. Fernández R. Alumnos matriculados en universidades en España 2008/2009-2018/2019. Statista. 2019. (Consultado 7 Abr 2020). Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/479374/>
4. Boletín Oficial del Estado («BOE») núm. 67, de 14 de marzo de 2020: 25390-25400. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 2020. (Consultado 9 Abr 2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/>
5. B. Rothe D, Gallinetti J, Lagaay M, Campbell L. Ebola: beyond the health emergency. Monrovia, Liberia: Plan International, 2015. Disponible en: <http://plan-international.org/ebolareport>
6. Center for the Study of Traumatic Stress. Mental health and behavioral guidelines for response to a pandemic flu outbreak. Acceso el 28 de julio, 2009. Disponible en: <http://www.usuhs.mil/psy/>.
7. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after healthrelated disasters. *Disaster Med Public Health Prep.* 2013; 7: 105–10.
8. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(5):347-349. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)
9. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(5):346-347. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30097-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30097-3)
10. Stevenson E, Barrios L, Cordell R, et al. Pandemic influenza planning: addressing the needs of children. *Am J Public Health.* 2009; 99 Suppl 2:S255-S260. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159970>
11. Cruz A, Zeichner S. COVID-19 in children: initial characterization of the pediatric disease. *Pediatrics.* 2020; <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0834>
12. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020; S2215-0366(20)30168-1. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
13. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of mental Disorders: DSM-5.* Washington, DC: American Psychiatric Association,; 2013.
14. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52: 1048–1060.
15. Fang L Lin J Chai C Yu Z. (2012). Risk factors for severe cases of 2009 influenza A (H1N1): a case control study in Zhejiang Province, China. *Bratisl Lek Listy.* 2015;116(6):389–393. https://doi.org/10.4149/blil_2015_074
16. Gan, Y., Liu, Y., & Zhang, Y. Flexible coping responses to severe acute respiratory syndrome-related and daily life stressful events. *Asian Journal of Social Psychology.* 2004; 7, 55–66. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2004.00134.x>
17. Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *J Couns Psychol.* 2011; 58(3):410-423. <https://doi.org/10.1037/a0023632>.
18. Green P. Risks to children and young people during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020;369:m1669. Published 2020 Apr 28. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1669>
19. Delalibera M, Presa J, Coelho A, Barbosa A, Franco MH. Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review. *Cien Saude Colet.* 2015;20(4):1119-1134. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.09562014>
20. 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; e201619. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
21. 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>.
22. Gu J, Zhong Y, Hao Y, et al. Preventive behaviors and mental distress in response to H1N1 among university students in Guangzhou, China. *Asia Pac J Public Health.* 2015;27(2):NP1867-NP1879. <https://doi.org/10.1177/1010539512443699>.

23. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
24. Wall G. ‘Love builds brains’: representations of attachment and children’s brain development in parenting education material. *Sociol Health Illn*. 2018; 40(3):395-409. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12632>
25. Clark AB. Juvenile Solitary Confinement as a Form of Child Abuse. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2017; 45: 350–57.
26. The Lancet. Solitary confinement of children and young people. *Lancet*. 2018;391(10131):1638. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30943-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30943-7)
27. Rendón-Quintero E, Rodríguez-Gómez R. Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45(2): 92–100. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.003>
28. Perkes IE, Birmaher B, Hazell PL. Indications for psychiatric hospitalization of children and adolescents. *Aust N Z J Psychiatry*. 2019; 53(8):729-731. <https://doi.org/10.1177/0004867419835930>
29. Moore DA, Nunns M, Shaw L, et al. Interventions to improve the mental health of children and young people with long-term physical conditions: linked evidence syntheses. *Health Technol Assess*. 2019; 23(22):1-164. <https://doi.org/10.3310/hta23220>
30. Vaghri Z, Tessier Z, Whalen C. Refugee and Asylum-Seeking Children: Interrupted Child Development and Unfulfilled Child Rights. *Children (Basel)*. 2019;6(11):120. Published 2019 Oct 30. <https://doi.org/10.3390/children6110120>
31. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020; 395(10228): 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
32. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017; 14: 100.
33. Arundell L, Parker K, Salmon J, Veitch J, Timperio A. Informing Behaviour Change: What Sedentary Behaviours Do Families Perform at Home and How Can They Be Targeted? *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(22): 4565. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224565>
34. 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): 92–96. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758J>
35. Hill DC, Moss RH, Sykes-Muskett B, Conner M, O’Connor DB. Stress and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Appetite*. 2018; 123: 14–22. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.11.109>
36. Evans GW. Child development and the physical environment. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:423-451. <https://doi.org/10.1146/annurevpsych.57.102904.190057>
37. Van den Bos W, Crone EA, Meuwese R, Gürolu B. Social network cohesion in school classes promotes prosocial behavior. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194656. Published 2018 Apr 4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194656>
38. Wang Z, Meltzoff AN, Williamson RA. Social learning promotes understanding of the physical world: Preschool children’s imitation of weight sorting. *J Exp Child Psychol*. 2015;136:82-91. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2015.02.010>
39. Russ SW. Pretend Play: Antecedent of Adult Creativity. *New Dir Child Adolesc Dev*; 2016 (151): 21–32. <https://doi.org/10.1002/cad.20154>
40. Dulanto E. Desarrollo afectivo. El adolescente. México: McGraw Hill; 2000a.
41. Jurdi S, Montaner J, Garcia-Sanjuan F, Jaén J, Nacher V. A systematic review of game technologies for pediatric patients. *Comput Biol Med*. 2018; 97: 89–112. <https://doi.org/10.1016/j.combiomed.2018.04.019>
42. Laure P, Mangin G. Advising parents on physical activity for children between 0 and 5 years. *J Sports Med Phys Fitness*. 2011;51(3):467-472.
43. Bidzan-Bluma I, Lipowska M. Physical Activity and Cognitive Functioning of Children: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public*

- Health. 2018;15(4):800. Published 2018 Apr 19. <https://doi.org/10.3390/ijerph1504080>
44. UNICEF. Leading Minds 2019 Conference. UNICEF and the WHO: Florence, Italy. 7-9 November, 2019.
 45. Rutter M. The interplay of nature, nurture, and developmental influences: the challenge ahead for mental health. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59(11):996–1000. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.11.996>
 46. Hornor G. Resilience. *J Pediatr Health Care*. 2017; 31 (3): 384–390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
 47. Page LA, Seetharaman S, Suhail I, Wessely S, Pereira J, Rubin GJ. Using electronic patient records to assess the impact of swine flu (influenza H1N1. on mental health patients. *J Ment Health*. 2011;20(1):60-69. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.542787>
 48. Healy S, Nacario A, Braithwaite RE, Hopper C. The effect of physical activity interventions on youth with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Autism Res*. 2018;11(6):818-833. <https://doi.org/10.1002/aur.1955>
 49. Boletín Oficial del Estado («BOE»), disposición 3898 del BOE núm. 76, de 20 de marzo de 2020: 26311-26312. Ministerio de Sanidad. 2020. (Consultado 9 Abr 2020). Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ins/2020/03/19/(1))
 50. Anagnostopoulos DC, Korlou S, Sakellariou K, et al. Comorbid psychopathology and clinical symptomatology in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatriki*. 2016;27(1):27-36.
 51. Liu S, Yang L, Zhang C, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7 (4): 17–18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
 52. Kaplan S, Pelcovitz D, Salzinger S, Weiner M, Mandel F, Lesser M & Labruna V. Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *The American Journal of Psychiatry*. 1998; 155 (7): 954 – 960.
 53. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *Am Psychol*. 2012;67(4):272-284. <https://doi.org/10.1037/a0028015>
 54. Golberstein E, Wen H, Miller BF. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19. and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2020; <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>
 55. D'Souza RM. Housing and environmental factors and their effects on the health of children in the slums of Karachi, Pakistan. *J Biosoc Sci*. 1997;29(3):271-281. <https://doi.org/10.1017/s002193209700271x>
 56. Pin Arboledas G, Soto Insuga V, Jurado Luque MJ, et al. Insomnia in children and adolescents. A consensus document. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(3):165.e1-165.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.06.005>
 57. Díez A. Recomendaciones para niños y sus familiares sobre la pandemia de coronavirus COVID-19. Madrid: Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI) y Asociación Española de Pediatría (AEP); 2020.
 58. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19. during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):29. Published 2020 Mar 17. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00646-x>
 59. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): 300–302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)

Despedida al Dr. Gonzalo Morandé Lavín

45

Montserrat Graell, Ángel Villaseñor, Mar Faya y Silvia Gutiérrez

El 27 de marzo de 2020, en plena pandemia por el COVID-19, nos dejaba de forma discreta y silenciosa el Dr. Gonzalo Morandé Lavín. Nació en Santiago de Chile en 1944 en el seno de una familia dedicada a la viticultura, que él, como primogénito, estaba probablemente predestinado a continuar. Educado en el Liceo Alemán, su compromiso social y su vocación le llevaron a cursar Medicina en la Facultad de Medicina de Santiago, especializándose después en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Trabajó en la atención de niños y adolescentes en el Hospital Calvo McKenna de Santiago de Chile y asesoró en salud de la infancia al Gabinete de la Presidencia de Chile.

A finales de 1973 llegó como asilado a España, acogido por unos tíos de su esposa. Siempre dijo que se sintió muy bien en Madrid, donde muchos eran de fuera, y donde ha residido hasta el final de sus días junto a su familia. Se convalidó como médico y especialista en Psiquiatría. A partir de 1974 de la mano del Dr Acosta, trabajó con gran entusiasmo, aprovechando la oportunidad ofrecida como le gustaba agradecer, para organizar la atención psiquiátrica a niños y adolescentes en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Cruz Roja de Madrid, en la que destacó la Clínica de Autismo con un Hospital de Día (con la Dra. Peral) y la Clínica de Trastornos de Alimentación. Con los 110 primeros adolescentes con anorexia nerviosa que trató realizó la investigación para obtener el Grado de Doctor en 1989. Trabajó en el Hospital de la Cruz Roja durante 17 años, obteniendo la Jefatura de Sección, y tras un año en el Hospital Universitario de Getafe, en 1992 inició su trabajo como Jefe de Sección en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid donde permaneció hasta su jubilación en 2015, marcando un manifiesto desarrollo de toda la Sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente incluyendo hospitalización, hospitales de día (infantil, escolar y adolescente), interconsulta, unidades específicas y urgencias psiquiátricas. La primera Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria infanto-Juvenil en España con todos los niveles asistenciales se creó en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús bajo su dirección. Cuenta con programas y protocolos específicos siguiendo un modelo de continuidad de cuidados. La Unidad de TCA recibió la Orden del Dos de Mayo de “Encomienda de Número” de la Comunidad de Madrid en 2017.

Durante estos años el Dr. Morandé supo crear equipos de profesionales de diferentes disciplinas con una gestión clínica independiente y práctica, genuinamente generosa, estimulante y sabiendo sacar lo mejor de cada uno...definitivamente ha formado escuela y te consideramos nuestro maestro, nuestro mentor y nuestro amigo.

Dentro del campo de la psiquiatría infanto-juvenil, el Dr. Morandé ha sido pionero en nuestro país (junto a su amigo Josep Toro como a él le gustaba señalar) en el tratamiento de la anorexia nerviosa. Una de las principales aportaciones a la salud mental ha sido el diseño e implementación de innovadores y eficaces programas de tratamiento mostrando gran creatividad e imaginación, valentía al iniciar nuevas técnicas y capacidad integradora de las diferentes teorías y paradigmas que siembran la psiquiatría y, siempre con la intención prioritaria de devolver la salud a los niños y sus familias, a pie de consulta, a pie de cama. Puede que, a veces, sacrificando otras actividades profesionales socialmente más provechosas. Subrayamos especialmente su brillantez intelectual, su independencia y su carisma personal que le ha permitido trabajar con sutileza y lucidez en la clínica y también en la docencia de cientos de profesionales de diferentes países que hemos solicitado activamente aprender de forma directa con él.

Siempre tuvo presente a la familia en el trabajo terapéutico y en 1991 junto con las familias que solicitaban asistencia urgente y continuada en los servicios sanitarios públicos, fundó la organización ADANER (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia nerviosa y Bulimia) que se extiende ahora por todo España.

En 1997, con el interés de reunir a los (pocos) colegas dedicados a los trastornos de alimentación, fundó la Asociación Española para el Estudio de la Conducta Alimentaria (AEETCA), siendo su primer presidente. Es una asociación científica multiprofesional que, por supuesto, continúa creciendo, estando actualmente hermanada con la Academy Eating Disorders.

El Dr. Morandé ha sido miembro del European Council Eating Disorder y Socio de Honor de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y Adolescencia Chilena (SOPNYA) y de AEETCA. Recibió la Medalla de Oro de ADANER Granada como reconocimiento de las familias que luchan contra los TCA. Destacado y carismático conferenciante en el ámbito nacional e internacional. Participó en numerosas publicaciones científicas de trastornos de alimentación y obesidad al formar parte de los grupos de investigación del Instituto de Ciencia y Tecnología de los Alimentos y Nutrición del C.S.I.C. (Dra. A. Marcos) y del grupo ANOBAS de la Universidad Autónoma de Madrid (Dra. A. Sepúlveda).

El interés docente le llevó a organizar y dirigir el Master Universitario en Trastornos del Comportamiento Alimentario y Obesidad con la Universidad Europea y que continúa hasta la actualidad en su 12ª Edición, siendo incluso ampliado a una Edición on-line en el curso 2019/20.

En su legado siempre nos quedará:

“Lo biológico siempre primero. Escudriñar su historia evolutiva y sus circunstancias, buscar el significado de lo que se presenta ante nuestros ojos. Atrapar y compartir la representación mental asociada a nuestros pacientes y con el saber aprendido de una experiencia práctica proponer un Plan de Vida para el cambio. Volver a percibir, pensar, intervenir, seguir, hasta conseguir ser dueños de sí mismos. Esta ha sido la enseñanza continua, orbital, cíclica del Dr. Gonzalo Morandé con su mirada de cóndor, su nariz de cono andino, su valor de sabiduría, a un lado y otro de ese mar que atravesó hasta convertirse en un atlante de la psiquis del niño y del adolescente”.

Este poema de Antonio Machado nos inspira a recordar al Dr. Morandé

“De la mar al percepto
Del percepto al concepto
Del concepto a la idea
Y de la idea otra vez
a empezar”

Descanse en paz.

LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIONES DE LA REVISTA

1. ARTÍCULOS ORIGINALES

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

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

4. CARTAS AL DIRECTOR

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

5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

6. AGENDA

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

7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

SOBRE EL CONTENIDO

TABLAS Y FIGURAS

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

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

REFERENCIAS

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

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

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

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

al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros y capítulos de libros.

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

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

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

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

REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

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