

S  
U  
M  
A  
R  
I  
O

**EDITORIAL**

---

**Salud Mental: retos y oportunidades en la era post-COVID**

*Ester Camprodon Rosanas* ..... 1

---

**ARTÍCULO DE REVISIÓN**

---

**Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19**

*A. Ortiz Villalobos* ..... 3

---

**ARTÍCULO ORIGINAL**

---

**Impacto emocional durante el confinamiento por COVID-19 en menores de hospital de día y en sus padres/cuidadores**

*C. Domínguez Martín, E. Martín Arranz, B. Fernández Rodríguez, E. Carrascal Joral, A. Diez Revuelta* ..... 11

---

**Estudio del impacto emocional de la pandemia por COVID-19 en niños de 7 a 15 años de Sevilla**

*Libia Quero, María Ángeles Moreno Montero-Galvache, Pedro de León Molinari, Rafael Espino Aguilar, Cristóbal Coronel Rodríguez* ..... 20

---

**Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental. Infantil y Juvenil de un hospital general**

*Nuria Baldaqui, Astrid Morer, Rosa Calvo-Escalona, María Teresa Plana, Luisa Lázaro, Inmaculada Baeza* ..... 31

---

**Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal**

*Eva María Samatán-Ruiz, Pedro Manuel Ruiz-Lázaro* ..... 40

---

**NORMAS DE PUBLICACIÓN**..... 53

---

# Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512  
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2021;38(1)

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

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

## COMISIÓN DE PUBLICACIONES

### Director

*Inmaculada Baeza*

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

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

### Secretaría

*Paloma Varela*

Hospital de Mataró, Barcelona.

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

## COMITÉ EDITORIAL

*Antonio Pelaz*

Hospital Universitario San Carlos, Madrid.

*Carmen Moreno*

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

*César Soutullo*

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

*Covadonga Martínez*

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM; Madrid.

*Francisco 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.

*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  
Dialnet  
MIAR  
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 - ).

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

Secretaría Técnica AEPNYA  
[secretaria.tecnica@aepnya.org](mailto:secretaria.tecnica@aepnya.org)

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

## SOPORTE TÉCNICO

Journals & Authors

<https://jasolutions.com.co>

**Ester Camprodon Rosanas** 

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

DOI: [10.31766/revpsij.v38n1a1](https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a1)

## *Salud Mental: retos y oportunidades en la era post-COVID*

En diciembre de 2019 hubo un brote epidémico de neumonía en la Ciudad de Wuhan (China), se trataba del nuevo coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19). El virus se extendió rápidamente por todo el mundo tensionando los sistemas de salud. El desconocimiento de la enfermedad de COVID-19, con un pronóstico incierto y asociado a una falta de sistemas de protección, provocó la imposición de medidas restrictivas de las libertades individuales. En el caso de España se decretó el confinamiento estricto el 13 de marzo de 2020.

La evidencia científica ha demostrado que, con estos cambios en los estilos de vida, los niños están menos activos, pasan más tiempo ante pantallas, tienen patrones del sueño más irregulares, una dieta más pobre, pasan menos rato en actividades al aire libre y tienen menos interacciones con iguales. Además, el aislamiento forzado y los sentimientos de soledad han evidenciado estar relacionados con un mayor riesgo de desarrollar psicopatología y una alteración del bienestar (1).

A medida que el confinamiento se alargaba, los estresores también aumentaban (contagio, muerte de un familiar, pérdida del trabajo, supervisión de los trabajos escolares de los niños, convivencia) y en consecuencia los niños, adolescentes y sus familias, experimentaban un aumento del estrés y una reducción de los recursos de apoyo y afrontamiento, generando una situación de riesgo para su salud mental (2). Tras un largo período donde las rutinas estaban alteradas, el período de desconfinamiento no ha estado libre de estresores, manteniéndose algunos miedos como el de infectarse o las pérdidas de trabajo, en la que padres y educadores han hecho y hacen esfuerzos para mantener una cierta normalidad.

Estudios científicos han demostrado que los niños y adolescentes expuestos a múltiples factores de riesgo simultáneos tienen más riesgo de tener problemas de salud mental (3, 4). Es en este momento en el que la prevención resulta clave para la detección e intervención temprana.

Uno de los grupos más vulnerables es el de los pacientes con un trastorno mental. En este grupo, a nivel clínico, se han descrito tres patrones de evolución: el primero, de niños que han evolucionado bien, con buen soporte familiar, pudiendo mantener los estudios online y sin posibilidad de sufrir acoso escolar ni exclusión; el segundo, los niños que presentan consecuencias moderadas del confinamiento, con menor posibilidad de mantener la educación, y la interacción social o el tratamiento; y el tercero, de aquellos que están en una situación de empeoramiento, con un aumento de las interacciones negativas (2). Sin embargo, en los últimos meses han incrementado el número de consultas en lo que a la salud mental infanto-juvenil se refiere. Se ha detectado un incremento de las tentativas autolíticas y de la patología alimentaria, generando un impacto considerable en la red de salud mental. Se han rediseñado intervenciones y aumentado la intensidad de las mismas para poder dar respuesta a este crecimiento de la demanda.

En este sentido, es de suma importancia que los profesionales de la salud mental seamos capaces de detectar cómo va evolucionando el impacto emocional de la situación que nos ha tocado lidiar. Tenemos la responsabilidad de ir un paso adelante para poder diseñar sistemas de detección, favorecer la accesibilidad a nuestros servicios y realizar intervenciones terapéuticas adecuadas y específicas

---

al contexto actual. Es por esto que esperamos que el presente número sea de relevante importancia para los profesionales.

En este contexto, en este monográfico sobre COVID-19, se abordará: el duelo en la infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19; se describirá el impacto emocional durante el confinamiento por COVID-19 en menores de Hospital de día y en sus padres/cuidadores y el en niños y adolescentes de la población general postconfinamiento; se expondrán los efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental infanto-juvenil en un hospital general y, finalmente, se abordará el impacto de la pandemia en los trastornos de la conducta alimentaria. Esta información ayudará en la tarea de atender a los pacientes y sus familias bajo la influencia de la COVID-19, en una situación sin precedentes de la que, la salud mental también ha pasado a estar en primer plano.

## REFERENCIAS

1. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet* 2020; 395: 945-947.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
2. Clemens V, Deschamps P, Fegert J, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M et al. Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2020; 29(5): 1-4.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-020-01549-w>
3. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health* 2017; 2: e356-e366.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
4. Prime H, Wade M, Browne D. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol* 2020; 75: 631-643.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000660>

**A. Ortiz Villalobos** 

Psiquiatra del Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.  
Correo electrónico: [arancha.ortiz@salud.madrid.org](mailto:arancha.ortiz@salud.madrid.org)

*Duelo en infancia y adolescencia y en tiempos de COVID-19*

*Grief in Childhood and Adolescence in the COVID-19 Times*

---

**RESUMEN**

La situación actual nos está forzando a tener contacto con la muerte, que es un hecho ineludible y forma parte de la vida. Explicar este suceso resulta muy complicado, más aún si se trata de comunicárselo a los más pequeños. Ese será el punto de partida para elaborar su duelo, que es el proceso de adaptación normal que sigue a la pérdida de un ser querido y engloba las emociones, cogniciones, síntomas físicos y comportamientos que aparecen ante esa pérdida. Será diferente en cada persona y diferente según el momento de desarrollo. En estos tiempos de COVID, podrían tener que afrontar la primera muerte importante en sus vidas, el fallecimiento de un abuelo, y los rituales, que son ceremonias que nos ayudan a decir ese adiós, han sufrido una gran restricción y se necesita adaptarlos.

**Palabras clave:** COVID-19; duelo; experiencias infantiles; experiencias adolescentes; muerte.

**ABSTRACT**

The current situation is forcing us to have contact with death, which is an inescapable fact and is part of life. Putting words to this event is very complicated, even more so when it comes to communicating it to the youngest ones. This will be the starting point to work through mourning, which is the normal adaptation process that follows the loss of a loved one and encompasses the feelings, emotions and behaviours that appear in the face of that loss. It will be different in each person and different depending on the moment of development. In these times of COVID, they may have to face the first significant death in their lives, i.e. the death of a grandparent, and rituals, which are ceremonies that help us to say goodbye, have suffered great restriction and need to be adapted.

**Keywords:** COVID-19; grief; childhood experiences; adolescent experiences; death.

*Mi recuerdo para todos los fallecidos  
por COVID-19 y sus familias*

4

## INTRODUCCIÓN

Iona Heath citaba, en uno de sus artículos relacionados con el Covid-19 (1, 2), a Berger:

“Vivimos en el filo, lo que resulta difícil porque hemos perdido el hábito. Hubo una vez en que todos, viejos y jóvenes, ricos y pobres, lo dábamos por descontado. La vida era dolorosa y precaria. La suerte era cruel”

Nos recuerda así que hemos perdido el hábito de vivir en el filo. Vivimos en el filo, la muerte es un hecho ineludible y forma parte de la vida. Esta situación de pandemia por COVID-19 nos está obligando a tener contacto con la muerte. La muerte está presente cada día. Las noticias en cualquier medio nos informan del número de muertos varias veces al día. De este modo, la muerte se coloca en nuestras vidas como una posibilidad inminente. En general, los seres humanos vivimos ignorando esa evidencia y esperanzados en que moriremos cuando seamos muy ancianos. Esta es una de las cogniciones que forman parte de nuestro ideal de mundo. Otra de las cogniciones de ese ideal es el principio de confianza. La seguridad es el fundamento sobre el que se aposenta toda la pirámide de necesidades humanas. La rutina y el orden crean confianza en uno mismo y sensación de seguridad. Y ligado a esto está la posibilidad de plantear un futuro. Pero la realidad es que ninguno de nosotros conocemos nuestro futuro y, en él, el cómo y el cuándo nos llegará la muerte. Tampoco sabemos si seremos uno de los contagiados de COVID-19. Tanto en la muerte como con el COVID-19 el azar tiene su papel y esto nos obliga a afrontar la incertidumbre, la incertidumbre de quién y cuándo será el siguiente al que le toque. ¿Seremos nosotros mismos? ¿Será alguno de nuestros seres queridos? No hay seguridad, hay azar y, no hay control, hay incertidumbre.

El papel del azar en nuestras vidas supone que no depende de mí casi nada, pero esto es difícil de aceptar. El contagio también depende del azar. Los hechos que quiebran el sentido lógico de la realidad

(muerte de un joven sano) aumentan la angustia colectiva porque “entro en el grupo de población de riesgo”. Aunque epidemiológicamente sea poco relevante, en la narrativa personal y social sí lo es. La narrativa se construye entorno al relato que uno se hace de las cosas y no de las estadísticas. Tendríamos que trabajar la aceptación de la realidad y del azar. Desde esta perspectiva cuanto más intentemos controlar puede ser peor. Nos resulta difícil aceptar ese principio del azar. Por mucho que intentemos evitar el contagio por COVID-19 extremando todas las medidas de seguridad, protección, higiene... recomendadas, existe la posibilidad de ese contagio.

La justicia vital, la idea de que hay una cierta lógica en la muerte, es otro de los preconceptos que necesitamos tener para poder funcionar en la vida. Pero eso no es así, y como ejemplo está la muerte súbita de un bebé. Las leyes de la naturaleza y, en este caso “las leyes del COVID-19”, no responden a la justicia vital que presuponemos para vivir tranquilos, cualquiera de nosotros puede enfermar y enfermar de gravedad.

## DUELO

La muerte de un ser querido supone una pérdida. El proceso por el que una persona que ha perdido algo importante para ella se adapta y se dispone a vivir sin ello lo denominamos duelo. Lo perdido puede ser una persona que ha muerto, una separación, pero también otros objetos de vinculación como la casa, un animal de compañía, la salud o el empleo... El duelo es un proceso de adaptación normal que engloba las emociones, cogniciones, síntomas físicos y comportamientos que aparecen ante esa pérdida.

Es importante reiterar que es un proceso y no un estado. Es algo dinámico, de transformación. A su vez, exige un trabajo, no es una experiencia pasiva, que conlleva una serie de tareas. Hay autores que hablan de fases, pero en este artículo se propone el postulado de Worden (3). Él menciona cuatro tareas:

1. Aceptar la pérdida: Tomar conciencia de ella y construir un nuevo mundo en el que ya no esté lo que se ha perdido.
2. Experimentar las emociones vinculadas a la pérdida: Identificar y dar sentido a los

- sentimientos asociados a ella e integrarlos en la propia biografía.
3. Encontrar la forma práctica de resolver aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos de lo que se ha perdido.
  4. Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban a lo que se ha perdido hacia otros objetos, lo que, precisamente, supone no la reorientación de un afecto que queda vacante, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo sin lo que se ha perdido, pero que es capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

## COMUNICAR LA MALA NOTICIA

Explicar con la muerte de un ser querido resulta muy complicado, más aún si se trata de comunicárselo a los más pequeños. Pero es necesario porque ese será el punto de partida para que elaboren el duelo.

El temor que experimentamos los adultos ante esta situación hace que en ocasiones elijamos ocultar y/o callar. Nos apoyamos en la posible dificultad o el impacto que creemos que pueden tener los niños para procesar la muerte. Por eso se puede acabar dando explicaciones erróneas que pueden llevarlos a una confusión mayor, que unida al dolor de la experiencia puede producir complicaciones y quizás un duelo patológico que necesite de intervención. Hay que recordar que niños y adultos tienen sentimientos similares ante la enfermedad y las pérdidas. Además, la fantasía de los niños es más terrorífica de lo que nos imaginamos y, si no podemos hablar de la muerte, pondrán en marcha sus fantasías.

La muerte nos produce mucha angustia, que nos lleva a intentar paliar el dolor que creemos que puede provocar en los niños. Creemos que protegiéndoles de la muerte les ahorramos sufrimiento, pero es todo lo contrario, les apartamos de una situación fundamental en sus vidas. Es imposible evitarles todo el dolor, de hecho, si los niños crecen sin exponerse al sufrimiento serán menos capaces de tolerar la frustración y no desarrollarán las habilidades necesarias para afrontar situaciones a las que con seguridad deberán enfrentarse cuando alcancen la edad adulta. Por otro lado, al percibir nuestro dolor, los niños tratan de protegernos del dolor a su vez

y evitan hacernos preguntas, temiendo hacernos más daño lo que dificulta que podamos apoyarles, acompañarlos y guiarles en el proceso.

Por ello, debemos comunicar el fallecimiento lo antes posible y por medio de una persona en la que confíe y sienta cercana, más probablemente sus padres o madres. Emplearemos un tono de cariño. Debemos elegir un lugar tranquilo y donde podamos evitar posibles interferencias. Se debe decir la verdad, pero en términos que comprendan. Hay que decirles que no volverán a ver a esa persona, que es en el recuerdo como seguiremos estando con ella y no temer utilizar las palabras muerto o murió. Le contaremos que el muerto ya no piensa, ni siente, ni ve. Que se le ha colocado en un ataúd y enterrado o incinerado. Le contaremos que hay cosas que no sabemos por qué han sido, que no podemos controlar y que la muerte es una de ellas. Pero hay que asegurarle que él no ha sido responsable (los pensamientos, emociones o algunas conductas no provocan la muerte). Le dejaremos que hable, que diga y pregunte lo que quiera, brindándole seguridad y protección. Le aseguraremos la continuidad de su vida y que el fallecido siempre va a estar en nuestros recuerdos y en nuestro corazón, y seguiremos hablando de él. Debemos favorecer que exprese sus sentimientos y le serviremos de modelo para ello, no ocultaremos nuestro llanto, por ejemplo. Conviene que durante esos primeros momentos le acompañemos en todo momento. Y tendremos en cuenta que saber no es lo mismo que asimilar lo que se sabe, es un proceso, lleva tiempo. Convendría compartirlo con el centro educativo.

## DUELO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Los niños intuyen, observan y ven las modificaciones que experimentan las plantas, los animales y las personas (ahora están/ahora no están, el gato no se mueve, la mariquita no camina...) y preguntarse el porqué de estos cambios por qué se muere y desaparecen no responde más que a su deseo de esclarecer y confirmar lo que ya desde pequeños intuyen.

Observando sus juegos nos daremos cuenta de que la muerte forma parte también de su universo inconsciente (...todos los indios se han muerto, los

6

vaqueros los mataron; Y llegó una ola gigante y todos se murieron porque no sabían nadar; ¿Vale que tú te morías y entonces yo era el rey? Me hago el muerto y cuando te acerques, te doy un susto que te mato...) (4).

Hay cuatro conceptos clave de la muerte que toda persona debe aprehender a lo largo de su desarrollo para poder entender el concepto “muerte”, que son: universalidad e inevitabilidad, irreversibilidad, no funcionalidad y la causalidad física (tabla 1)

La comprensión de la muerte y el proceso de duelo son diferentes en cada persona y diferente según el momento de desarrollo.

- A. De 0-2 años no saben lo que es la muerte, pero sí notan los cambios en el entorno y sienten la ausencia de la persona fallecida, que viven como abandono y con inseguridad. Pueden estar irritables (rabieta, ataques de ira), inquietos, duermen y comen peor, lloran sin motivo aparente y/o presentan conductas regresivas o retroceden en hitos del desarrollo que ya habían logrado. También pueden presentar otros síntomas somáticos. Esperan que el fallecido vuelva al abrirse la puerta, al acostarse; tendremos que repetirles que está muerto y no volverá. Es bueno mantener su figura de referencia y contarles lo que pasa, además de darles muchos mimos y mantener todo lo que se pueda sus rutinas.
- B. Entre los 3 y 6 años todavía no han adquirido el concepto de que la muerte es irreversible y preguntan reiteradamente dónde está el fallecido y lo buscan. También preguntan otras cosas y debemos responder con honestidad, con piezas de información en diferentes momentos y no toda la información de una sola vez. Pueden estar perplejos y confusos o negar que ha muerto (en ese caso, no debemos insistir). También pueden presentar regresiones y ser más exigentes por el miedo a ser abandonados. Tenemos que hablar con ellos y no apartarles de nuestro lado, sin miedo a decir la palabra muerte, que es diferente de estar vivo.
- C. Entre los 7 y 10 años ya saben que la muerte es irreversible y a lo largo de esta etapa irán adquiriendo también el concepto de universalidad y podrán sentir miedo a que les pase a ellos o a

sus seres queridos. Esto favorece que crezca la preocupación por la salud y que busquen reglas de protección. Puede haber negación, estar más activos y juguetones, rabieta, oposiciónismo, estar más bravucones en el colegio para no sentirse excluidos. Tendremos que estar atentos por si aparece sentimiento de culpa por sentirse responsables del fallecimiento. Les ayuda mantener las rutinas por lo que favoreceremos también, la vuelta al colegio. También favoreceremos la expresión de emociones y les responderemos a todo honestamente y poco a poco.

- D. Entre los 11 y 13 años ya saben que es irreversible, definitiva y universal, y conocen el funcionamiento del cuerpo. Sentirán tristeza y rabia, miedo a que alguien más muera. Pueden protegerse asumiendo el rol del fallecido. Guardan recuerdos suyos. Respetaremos su tiempo a la vez que les contamos cómo estamos nosotros. Les podemos proponer que escriban sobre todo esto y fomentaremos las relaciones con iguales.
- E. En la adolescencia (5) el duelo puede generar un gran impacto en el proceso de ir de la dependencia hacia la independencia. No les gusta sentirse diferentes a sus iguales y el duelo puede hacerles sentir excluidos del grupo, aislados. Esto les puede llevar a una conducta más inhibida aunque en otros casos se puede tender a conductas de riesgo. Otra respuesta posible es la de asumir un papel más adulto, más maduro y ocuparse de los demás, asumiendo responsabilidades de adulto y de cuidadores. Debemos permitirles seguir siendo adolescentes y que se apoyen en su red habitual de iguales accediendo también vía redes sociales. Además, siguen necesitando límites, que les proporcionan seguridad.

El proceso de duelo en la infancia y adolescencia no se cierra y conforme van avanzando en su desarrollo mental, al crecer su comprensión y al darse cuenta de las implicaciones de la muerte en el futuro, podrán visitar sus duelos y pasarán por etapas de mayor lucha con sus emociones.

**Tabla 1.** Conceptos clave de la muerte

UNIVERSALIDAD e INEVITABILIDAD	IRREVERSIBILIDAD	NO FUNCIONALIDAD	CAUSALIDAD FÍSICA
Todos los seres vivos mueren, también uno mismo	Cuando morimos no podemos volver a estar vivos nunca	Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte, el cuerpo deja de funcionar	Toda muerte tiene una causa física que la provoca

Los rituales como los funerales nos ayudan a decir adiós, a los niños y adolescentes también. Según la literatura (4), a partir de los 6 años se les puede proponer asistir. Pero debemos asegurarnos de que comprenden los aspectos fundamentales de la muerte: que el cuerpo no siente, que al fallecido no le duele nada, no oye, no se asusta, no se ahoga si está en una caja, etc. Hay que garantizar que estarán acompañados en todo momento por adultos de confianza que les puedan explicar todo lo que necesiten y pregunten y les den cariño. Les anticiparemos lo que van a ver, por eso hay que explicarles todos los detalles. También debemos protegerles de las emociones muy intensas o desbordantes de algunos de los asistentes. Es importante responder a todas las dudas. Con los adolescentes no hace falta garantizar todas las condiciones anteriores, pero sí es conveniente buscar un momento íntimo en la familia para estar con ellos y dejarles expresar lo que sienten sin sentirse cohibidos por las miradas de otros. Tampoco hay que dejar que otros adultos les atosiguen tratando de expresar sus condolencias.

### EN TIEMPOS DE COVID-19

En los tiempos de COVID-19 aparecen algunos factores (6) que podrían complicar el afrontamiento de esta crisis:

1. Imprevisibilidad: no son solo personas muy ancianas y muy frágiles las que están muriendo.
2. Repentino: las personas pueden enfermar y morir con bastante rapidez; los niños tendrán poco tiempo para adaptarse a un futuro que cambia rápidamente.
3. Distancia: no podrán pasar tiempo con su pariente moribundo, no podrán tocarles o abrazarles, ni siquiera estar en la misma habitación.

4. Miedo: las personas de alrededor del núcleo más íntimo de apoyo, como vecinos, pueden reaccionar ante la noticia de que esta persona ha muerto por COVID-19 con miedo instintivo, por el riesgo de contagio por ej., en lugar de con consuelo instintivo.
5. Separación: los niños y adolescentes estarán físicamente distantes de aquellos que podrían apoyarles: amigos, profesores, familia extensa.
6. Tampoco habrá fácil acceso a estructuras de apoyo, menos lugares para desconectar y concentrarse en otra cosa: la escuela, el club deportivo, etc.
7. Ira: por lo que perciben que ha podido contribuir a esta muerte: que hay personas que tardan en confinarse o se saltan el confinamiento, por la falta de respiradores, etc.
8. Falta de 'especialidad': cada vez más personas serán o conocerán a alguien afectado por una muerte por coronavirus. La muerte de la persona importante para ellos no recibirá tanta atención como antes de esta crisis, no serán los únicos que sufren por algo así.
9. Recordatorios continuos: será difícil evitar escuchar otras historias de personas afectadas por el coronavirus de amigos, en el barrio, las noticias...
10. Ausencia de rituales: con fuertes restricciones a los funerales, hay menos posibilidades de 'decir adiós' en un sentido formal.
11. Factores que dificultan hablar de ello. Por ejemplo, será más complicado explicar por qué murió su persona especial (cuando tal vez alguien con síntomas similares no lo hizo) ya que aún se desconoce mucho sobre cómo funciona el virus. También puede ser más difícil asegurar que otras personas que conocen no morirán y esto les puede generar más angustia por esa incertidumbre.

8

En cambio, podemos encontrar mucha información en internet que nos ayude a encontrar los mejores recursos para nuestra situación particular (4-13).

Los niños y adolescentes quizás se enfrenten en estos tiempos a la primera muerte importante en sus vidas, el fallecimiento de un abuelo (5). Deberíamos de empezar por explicar, sin miedo, que alguien está muy, muy enfermo. También conviene que pueda visitarle, si no hubiera restricciones, mientras dure la enfermedad. Si no se puede realizar la visita, se podrían organizar video llamadas y que el personal del hospital les entregue, por su parte, objetos para que les acompañen (dibujos, cartas, fotos...). Lo normal es explicar que el abuelo está muy, muy malito, que los médicos acaban de darse cuenta y que, aunque van a intentar ayudarlo, es posible que siga estando muy, muy malito y se muera. Hasta entonces podían pensar que no les tocaría en su familia, aunque en ocasiones la muerte de una mascota les ha podido servir de cierta preparación. No debemos olvidar que este duelo coincide con el propio duelo del padre o la madre y ellos serán un modelo de reacciones de duelo, precisamente, para este nieto. Se reconoce que este fallecimiento puede tener un aspecto algo más tranquilizador que otros pues responde al orden natural, primero fallecen las generaciones más anteriores. El afrontamiento del duelo dependerá del tipo de relación con el abuelo. Hay nietos que son cuidados por sus abuelos la mayor parte del tiempo y otros apenas los veían. También podría ocurrir que se estrecharan lazos con los abuelos que siguen vivos. En los adolescentes esta pérdida puede también significar la pérdida de un contrapunto a la relación con sus padres y madres.

Los rituales han sufrido una gran restricción, sobre todo por el confinamiento y la necesidad de aislamiento y se necesita adaptarlos. Hacer el duelo no es olvidar, no es dejar de amar sino integrar y aprender a convivir con la ausencia, transformando el sufrimiento. El duelo es un proceso y continuará cuando esta crisis termine. Se han propuesto y han surgido (y seguirán surgiendo) múltiples adaptaciones de los rituales ya conocidos como los funerales on line, crear grupos de whatsapp para ese duelo, realizar recordatorios colectivos (14), reconocimiento comunitario (desde los balcones, en plazas...), encuentro online de homenaje, espacios de recuerdo donde depositar flores y otros objetos,

expresión mediante escritura, dibujo, foto (presentación fotos powerpoint), video, música, libro de recuerdos... Todo esto no impide, además, organizar un encuentro presencial cuando esto acabe o el desconfinamiento lo permita. Y se pueden mantener otros rituales como plantar un árbol, elaborar una caja de recuerdos, disponer una jarra para ir depositando recuerdos escritos en papel (del que se puede ir sacando uno de vez en cuando con propuestas como "(esa persona) me inspiró para...")

## SIGNOS DE ALARMA DE DUELO PATOLÓGICO

El duelo es un proceso normal, pero, si se dan determinadas circunstancias, puede convertirse en un duelo complicado o patológico. Para intentar minimizar los riesgos de que se dé un duelo complicado, deberemos estar atentos y explorar una serie de signos de alarma:

1. Enfermedad mental en algún miembro de la familia nuclear o cercano.
2. Escaso soporte familiar y/o amistades.
3. Periodo largo de tristeza y apatía por sus actividades cotidianas.
4. Apartarse de amigos.
5. Llantos constantes.
6. Problemas de sueño, apetito y miedo a estar solo.
7. Caída del rendimiento académico.
8. Regresión durante un largo periodo de tiempo, incapacidad para lo que ya se realizaba de forma autónoma.
9. Negación del fallecimiento.
10. Imitar al fallecido todo el tiempo.
11. Querer irse con el fallecido.

## IDEAS CLAVE

- La muerte forma parte de la vida.
- Una muerte en la familia es una información relevante a compartir con los niños pequeños y adolescentes de la casa.
- El duelo es un proceso y es normal.
- Depende del momento de desarrollo evolutivo de cada persona.

Estos tiempos pueden traer la 1ª muerte importante en las vidas de niños y adolescentes. Debemos adaptarnos a los tiempos de COVID-19 tanto en la comunicación de la mala noticia, como en el apoyo en el duelo, como en los rituales.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se han obtenido fuentes de financiación para este artículo.

## CONTRIBUCIONES

La autora ha realizado la revisión y redactado el artículo.

## AGRADECIMIENTOS

Curso Estrés agudo, reacción traumática y duelo en la emergencia sanitaria. Curso for Madrid 13-20/04/2020. CodSM149 (María Francisca Diéguez Porres, M Carmen Bayón Pérez, Beatriz Rodríguez Vega, Pau Pérez Sales, Alberto Fernández Liria) AEPNYA.

## REFERENCIAS

1. Heath I. Love in the time of coronavirus. *BMJ* 2020; 369: m1801.
2. Minué S. «El amor en los tiempos del Coronavirus». (Traducción del ensayo de Iona Heath) [en línea]. *El Gerente De Mediado* 2020. <https://gerentedemediado.blogspot.com/2020/05/el-amor-en-los-tiempos-del-coronavirus.html> [Consulta: 31 mayo 2020].
3. Worden JW. *Grief Counselling & Grief Therapy*. London and New York: Tavistock Publications; 1983.
4. Díaz Seoane P. *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo; 2016. <https://www.fundacionmlc.org/wp-content/uploads/2018/12/guia-duelo-infantil-fmlc.pdf> [Consulta: 2 mayo 2020].
5. Child Bereavement UK. *Child Bereavement UK. Rebuilding lives together* [en línea]. <https://www.childbereavementuk.org/> [Consulta: 3 mayo 2020].
6. Wiston's wish. *How to tell a child or young person that someone has died from coronavirus* [en línea]. 30 marzo 2020. <https://www.winstonswish.org/telling-a-child-someone-died-from-coronavirus/> [Consulta: 6 mayo 2020].
7. Canal Salut. *Consells per a famílies amb infants* [en línea]. <http://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/coronavirus-2019-ncov/ciudadania/gestio-de-les-emocions/consells-per-als-infants/> [Consulta: 1 mayo 2020].
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Información para la ciudadanía* [en línea]. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/ciudadania.htm> [Consulta: 6 mayo 2020].
9. Royal College of Psychiatrists. *Death in the family - helping children to cope - the impact on children and adolescents - for parents and carers* [en línea]. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/parents-and-young-people/information-for-parents-and-carers/death-in-the-family---helping-children-to-cope-the-impact-on-children-and-adolescents-for-parents-and-carers> [Consulta: 6 mayo 2020].
10. National Alliance for Grieving Children. *COVID-19* [en línea]. <https://childrengrieve.org/about-us/news/covid-19> [Consulta: 1 mayo 2020].
11. Childhood Bereavement Network. *COVID-19: Supporting Bereaved Children and Young People* [en línea]. <http://www.childhoodbereavementnetwork.org.uk/help-around-a-death/covid-19.aspx> [Consulta: 6 mayo 2020].
12. Dougy Center. *Resources* [en línea]. <https://www.dougy.org/grief-resources/tip-sheets/> [Consulta: 6 mayo 2020].
13. Cruse Bereavement Care. *Children, young people and grief* [en línea]. <https://www.cruse.org.uk/get-help/for-parents> [Consulta: 1 mayo 2020].

10

14. RTVE.es. Memorial coronavirus <http://lab.rtve.es/lab/memorial-coronavirus/formulario/> [Consulta: 31 mayo 2020].
15. Cuánta Razón. No hay que olvidarlo [en línea]. <https://www.cuantarazon.com/993062/no-hay-que-olvidarlo> [Consulta: 7 junio 2020].

---

C. Domínguez Martín<sup>1</sup> 

E. Martín Arranz<sup>1</sup> 

B. Fernández Rodríguez<sup>1</sup> 

E. Carrascal Joral<sup>1</sup> 

A. Diez Revuelta<sup>2</sup> 

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

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

\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Cristina Domínguez Martín

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

*Impacto emocional durante el confinamiento por COVID-19 en menores de hospital de día y en sus padres/cuidadores*

*Emotional Impact During COVID-19 Lockdown on Day Hospital Minors Inpatients and their Parents/Caregivers*

---

## RESUMEN

La pandemia por COVID-19 puede incrementar la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en la población. **Objetivo:** evaluar el impacto emocional en los menores que acuden a Hospital de día y a sus padres/cuidadores. **Material y método:** se evalúa el impacto emocional en los menores y sus padres/cuidadores tras el confinamiento por el COVID-19. Para ello se utiliza unos cuestionarios autoaplicados (a los padres/cuidadores, el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) y el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) y al menor, el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA). **Resultados:** En los menores, las escalas de aislamiento, ira, depresión, ansiedad, agresión e índice de problemas emocionales son las que, con más frecuencia presentan puntuaciones extremas, según lo evaluado por los padres mediante el SENa. En el SENa autoevaluado por los menores, las puntuaciones extremas son más frecuentes en depresión, sintomatología postraumática e índice de problemas emocionales. En los padres, las escalas sintomáticas de obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad del SCL-90, son las que con más frecuencia tienen percentiles iguales o mayores de 90. Se ha observado mayor nivel de ansiedad y depresión en las madres. **Conclusiones:** Se ha observado un mayor impacto emocional en las madres debido a presentar mayores

---

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic may increase the symptomatology of depression, anxiety and stress in the population. **Objective:** To evaluate the emotional impact on the children who come to attending the Day Hospital and their parents/caregivers. **Method:** The emotional impact on the children and their parents/caregivers after lockdown by COVID-19 is assessed. For this purpose, some self-applied questionnaires are used (to the parents are assessed with the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and Assessment System for Children and Adolescents (SENA), and to the minor children by means of the Assessment System for Children and Adolescents (SENA). **Results:** In children, the scales of isolation, anger, depression, anxiety, aggression and index of emotional problems are the ones that most often present extreme scores, as assessed by parents through the SENa. In the children's self-reports of the SENa self-evaluated by minors, extreme scores are more frequent in depression, post-traumatic symptomatology and index of emotional problems. In the parents, the symptomatic scales of obsessions-compulsions, interpersonal sensitivity, depression and anxiety of the SCL-90, are those that most often have percentiles equal to or greater than  $\geq 90$ . Higher levels of anxiety and depression have been observed in mothers. **Conclusions:** A greater emotional impact

12

niveles de ansiedad y depresión en las mujeres en general y en la pandemia, en particular, y al ser las que más antecedentes de patología psiquiátrica presentan. Los menores han presentado poca repercusión emocional, observando, en la mayoría, una disminución de las situaciones estresantes académicas y sociales.

**Palabras clave:** pandemia, ansiedad, estrés, depresión, impacto psicológico.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 fue declarada por la OMS en marzo de 2020. Su impredecibilidad, las medidas tomadas de confinamiento y distancia social, y las repercusiones económicas que se derivan de ella, pueden determinar un incremento de la patología mental en la población (1).

Los estudios preliminares de las consecuencias psicopatológicas de la pandemia por COVID-19 han determinado un incremento de la sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en la población general (2-15). En una revisión sistemática realizada sobre pacientes que han sufrido una infección por coronavirus severa, se han descrito una prevalencia de trastorno por estrés postraumático del 32-2% (CI 95% 23-7-42-0), de trastorno depresivo del 14-9% (IC 95% 12-1-18-2), y de trastorno de ansiedad del 14-8% (IC 95% 11-1-19-4) (16).

Una revisión reciente acerca del impacto psicológico del COVID-19 en los niños y adolescentes describe que los menores responden de forma diferente al estrés y que esta respuesta va a depender de su nivel de desarrollo. Además, esta misma revisión refleja un incremento de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático en los menores (17).

El confinamiento puede generar estrés, ira y desarrollo de ciertos comportamientos de riesgo como el juego (2, 4, 6, 18, 19), siendo los jóvenes los más vulnerables (19). Se ha incrementado la compra y consumo de alcohol en el domicilio, pudiendo ser un

on mothers has been observed due to higher levels of anxiety and depression in women in general and in the pandemic, in particular, and a longer history of psychiatric pathology in mothers. The children have presented little emotional impact, observing, in most, a decrease in academic and social stressful situations.

**Keywords:** pandemic, anxiety, stress, depression, psychological impact.

factor potencial para el incremento de los trastornos por consumo de alcohol y violencia doméstica, tanto en jóvenes como en adultos (20, 21).

Sin embargo, las consecuencias de la pandemia por COVID-19 no siempre son negativas. En este sentido, algunos estudios describen beneficios derivados de una disminución de la presión social y la exposición a estresores sociales crónicos, tales como los desplazamientos al trabajo y la interacción en el entorno laboral o académico, así como una menor exposición al acoso laboral o escolar (22-24).

Por otro lado, las personas con patología psiquiátrica previa a la pandemia, han incrementado su sintomatología psiquiátrica (25). El confinamiento repercute especialmente en las personas con enfermedad mental, incrementando los síntomas de ansiedad y depresión, y aumentando el insomnio y los trastornos por estrés postraumáticos (26). Además, el distanciamiento social, debido al confinamiento y a las medidas de prevención, ha generado un menor contacto afectivo familiar y social en estos pacientes. Todo ello ha motivado un menor apoyo familiar y social, contribuyendo al empeoramiento emocional de dicha población (27). En la literatura se ha descrito un incremento de la sintomatología y vulnerabilidad en población con trastornos de conducta alimentaria, trastornos del espectro autista, trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual y demencia (28).

Con el objetivo de estudiar los posibles efectos psicopatológicos derivados del confinamiento, en este estudio se valoró el estado emocional de una muestra

de menores que estaban acudiendo a Hospital de Día durante la pandemia por COVID-19. También se incluyeron a sus padres o cuidadores con la finalidad de evaluar cómo puede afectar esta situación tanto a los menores con patología psiquiátrica como a su entorno próximo. Además, se valoró la diferente repercusión emocional entre las madres y los padres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Muestra

Como muestra del estudio, se incluyeron los menores que acudían al Hospital de día de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (N=49), así como a sus padres o cuidadores (N=66). El estudio fue aprobado por el Comité ético de Investigación del Hospital.

### Instrumentos de evaluación

Los datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de vivienda y número de convivientes durante el confinamiento, hábitos de alimentación y sueño, así como los acontecimientos relevantes durante la pandemia) y clínicos (diagnóstico, antecedentes psicopatológicos, antecedentes de maltrato o trauma e infección por COVID-19) fueron registrados desde las historias clínicas de los menores y durante las entrevistas realizadas a los padres/cuidadores. La situación emocional durante la pandemia se valoró en los menores y sus padres/cuidadores a través de varios cuestionarios autoaplicados, tal como se describe a continuación.

El impacto emocional en los padres tras el confinamiento fue evaluado mediante el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R, Versión española del Symptom Checklist-90-Revised). El SCL-90-R es un cuestionario de síntomas autoaplicado que consta de 90 ítems. Cada ítem se contesta desde "0" (ausencia del síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica,

Ideación paranoide y Psicoticismo. Los índices de malestar son: índice global de severidad (GSI), índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y total de síntomas positivos (PST).

Para la evaluación del impacto emocional de los menores se utilizó el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA). El SENA es un instrumento de detección de un amplio espectro de problemas emocionales y de conducta desde los 3 hasta los 18 años. La aplicación del SENA fue mediante autoevaluación, tanto del menor como por parte de uno de los padres, reflejando la situación de su hijo. Permite valorar las siguientes subescalas:

- Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática.
- Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira y conducta antisocial.
- Problemas específicos: retraso en el desarrollo, problemas de la conducta alimentaria, problemas de aprendizaje, esquizotipia y consumo de sustancias.

El SENA también permite detectar áreas de vulnerabilidad que incluyen problemas de regulación emocional, rigidez, aislamiento, búsqueda de sensaciones o dificultades de apego.

### Análisis descriptivo y estadístico

En primer lugar, los niveles de sintomatología se estudiaron y representaron como el porcentaje de sujetos (pacientes menores o familiares/cuidadores) que superaban, o no, los umbrales psicopatológicos estipulados por cada instrumento para cada una de sus escalas o índices y que indican puntuaciones significativas en la escala SENA (puntuaciones T igual o superior a 80) y SCL-90 (percentiles iguales o mayores de 90) que representan puntuaciones extremas o de riesgo de patología.

En segundo lugar, el estudio de diferencias en sintomatología entre padres y madres se realizó mediante una prueba de contraste de hipótesis. La prueba Kolmogorov-Smirnov, no permitió determinar una distribución normal en las

14 puntuaciones de las escalas de psicopatología, por lo que se emplearon técnicas de estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney) para comparar las diferencias obtenidas entre grupos en los ítems de ansiedad y depresión. El estudio de las diferencias en variables normalizadas, tales como la edad, se realizó mediante una prueba t de Student.

Las variables cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar, así como en histogramas. Las variables categoriales se presentan como porcentajes.

Para el análisis estadístico de la muestra se utilizó el programa SPSS en su versión 24. Se consideró estadísticamente significativo el valor de p por debajo de 0,05.

## RESULTADOS

Se evaluó a 49 menores y 66 padres/cuidadores. En el grupo de padres/cuidadores solo hubo una abuela y una cuidadora sin vínculo filial.

La edad media de los menores fue de 13,53 años (desviación típica 3,14) y la de los padres/cuidadores de 46,73 años (desviación típica 5,85). El 59,2% de los menores eran del sexo masculino, mientras que lo eran el 72,72% de los padres/cuidadores. No se encontraron diferencias significativas en la edad entre hombres y mujeres para los grupos de menores ( $t=-1,245$ ,  $p=0,219$ ) ni de padres/cuidadores ( $t=2,48$ ,  $p=0,019$ ).

En cuanto al tipo de vivienda en la que estuvieron los menores durante el confinamiento, el 33,9% se encontraron viviendo en un piso con terraza, el 31,3% en una casa con jardín, el 30,4% en un piso sin terraza y el 4,5% en una casa sin jardín. El 38,7% de

los menores residían en una vivienda con 4 personas, el 35,1% residían 3 personas por vivienda, el 19,8% residían 5 personas por vivienda y el 6,3% residían 2 personas por vivienda.

En cuanto a los hábitos de alimentación, 23 padres (34,88%) refieren haber comido más de lo habitual. La preferencia del exceso de la ingesta de alimentos ha sido de dulces, en 9 padres (13,63%); de salado, en 5 padres (7,57%) y de todo tipo de alimentos, en 2 padres (3,03%).

Se han observado dificultades para conciliar el sueño en 26 padres (39,39%), 28 padres (42,42%) se despertaban muchas veces por la noche, 21 padres (31,81%) se despertaban más pronto y 20 padres (30,30%) tenían un sueño inquieto o perturbador.

Tres madres y un menor han tenido la infección por COVID-19. Tres hermanos de los menores y una tía materna son los familiares cercanos que han padecido COVID-19. Ninguno de ellos requirió ingreso hospitalario. Tres familiares lejanos de los menores fallecieron por COVID. Ocho familiares de los menores fallecieron por otro motivo durante el confinamiento. Las madres de dos de ellos, se muestran muy afectadas por el fallecimiento y la situación de no poder asistir al funeral del familiar.

### Medidas clínicas y diagnósticas

El 57,1% de los menores reportó antecedentes de patología psiquiátrica en la familia. El 22,7% de las madres y el 3% de los padres refirieron un diagnóstico psiquiátrico o antecedentes de consulta de psiquiatría. El 36,9% de las madres y el 1,5% de los padres tenía antecedentes de trauma. En la [Tabla 1](#) se detalla el tipo de trauma. De los menores el 30,6% sufrió algún tipo de trauma, tal como se detalla en la [Tabla 2](#).

**Tabla 1.** Antecedentes de traumas en los padres

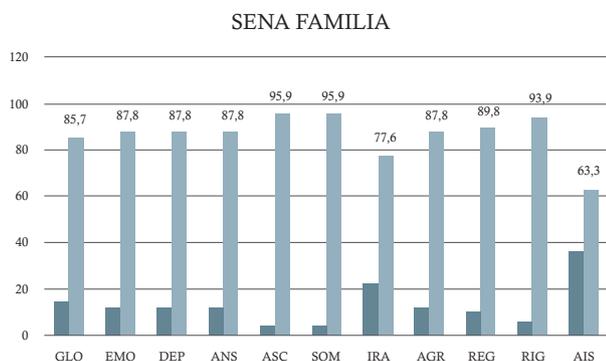
	MADRES		PADRES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
MALTRATO FISICO	2	4,3	0	0
MALTRATO PSICOLOGICO	6	13	1	0
ACOSO ESCOLAR	5	10,9	0	0
ABUSO SEXUAL	4	8,7	0	0
Total	17	36,9	1	1,5

**Tabla 2.** Antecedentes de trauma en los menores.

	Frecuencia	Porcentaje
MALTRATO PSICOLOGICO	3	6,1
ACOSO ESCOLAR	12	24,5
Total	15	30,6

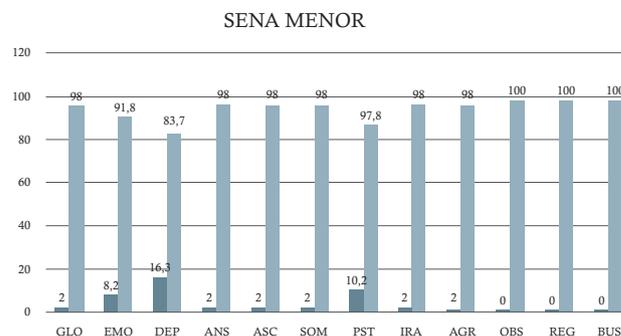
El trastorno del espectro autista era el diagnóstico más frecuente entre los menores del estudio (16,33%). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad y anorexia nerviosa era el diagnóstico en 6 menores cada uno (12,25%). El trastorno del neurodesarrollo era el diagnóstico en 5 menores (10,2%). Dieciocho menores tuvieron dos diagnósticos, siendo el trastorno del lenguaje expresivo (27,78%) y la ansiedad (22,22%) los más frecuentes.

El SENA evaluado por los padres, acerca de sus hijos, mostró puntuaciones extremas principalmente en las escalas de aislamiento (36,74%), ira (22,45%), depresión (12,24%), ansiedad (12,24%), agresión (12,24%) e índice de problemas emocionales (12,24%). (Figura 1).



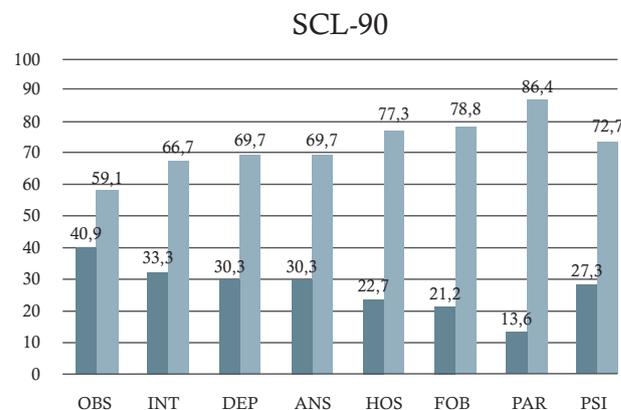
**Figura 1.** Porcentaje de menores con puntuaciones extremas en las diferentes escalas del SENA evaluado por la familia. Se divide al grupo de menores en dos grupos: los que No presentan puntuaciones extremas (representado en la gráfica con la columna naranja) y los que presentan puntuaciones extremas (representado en la gráfica con la columna azul). Se representan los valores en porcentajes. GLO: índice global de problemas. EMO: índice de problemas emocionales. DEP: depresión. ANS: ansiedad. ASC: ansiedad social. SOM: quejas somáticas. IRA: problemas de control de la ira. AGR: agresión. REG: problemas de regulación emocional. RIG: rigidez. AIS: aislamiento.

Por otro lado, el SENA autoevaluado por los propios menores, las puntuaciones extremas fueron más frecuentes en las escalas de depresión (16,33%), sintomatología postraumática (10,20%) e índice de problemas emocionales (8,16%). (Figura 2).



**Figura 2.** Porcentaje de menores con puntuaciones extremas en las diferentes escalas del SENA evaluado por el propio menor. Se divide al grupo de menores en dos grupos: los que No presentan puntuaciones extremas (representado en la gráfica con la columna naranja) y los que presentan puntuaciones extremas (representado en la gráfica con la columna azul). Se representan los valores en porcentajes. GLO: índice global de problemas. EMO: índice de problemas emocionales. DEP: depresión. ANS: ansiedad. ASC: ansiedad social. SOM: quejas somáticas. PTS: sintomatología postraumática. IRA: problemas de control de la ira. AGR: agresión. OBS: obsesión-compulsión. REG: problemas de regulación emocional. BUS: búsqueda de sensaciones.

El número mayor de padres con percentiles iguales o mayores de 90 en las puntuaciones del SCL-90 (puntuaciones de riesgo de patología) se detectó en las escalas sintomáticas de obsesiones-compulsiones (40,91%), sensibilidad interpersonal (33,33%), depresión (30,30%) y ansiedad (30,30%). (Figura 3).



**Figura 3.** Porcentaje de padres con puntuaciones de riesgo (percentiles  $\geq 90$ ) en las escalas del SCL-90. Se divide el grupo de los padres en dos grupos: un grupo que NO presenta puntuaciones de riesgo (percentiles  $< 90$ , representado mediante la columna naranja) y otro grupo que presenta puntuaciones de riesgo (percentiles  $\geq 90$ , representado con la columna azul). OBS: obsesión-compulsión, INT: sensibilidad interpersonal, DEP: depresión, ANS: ansiedad, HOS: hostilidad, FOB: ansiedad fóbica, PAR: ideación paranoide y PSI: psicoticismo.

### Diferencias entre madres/padres

Los análisis de contraste entre el grupo de padres vs madres resultaron en una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de somatización ( $U=260,5$ ;  $p=0,043$ ), sensibilidad interpersonal ( $U=230,5$ ;  $p=0,013$ ), depresión ( $U=177$ ;  $p=0,001$ ), ansiedad ( $U=225$ ;  $p=0,010$ ) y ansiedad fóbica ( $U=222,5$ ;  $p=0,008$ ) del SCL-90, observándose mayor nivel de somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica y depresión en el grupo de las madres (Tabla 3).

**Tabla 3.** Puntuaciones de padres y madres en las escalas sintomáticas del SCL-90

SCL-90	PADRE (media y desviación estándar (DT))	MADRE (media y desviación estándar (DT))
Somatización*	7,24 (DT 6,685)	12,59 (DT 9,413)
Obsesión-compulsión	7,18 (DT 6,993)	11,28 (DT 7,515)
Sensibilidad interpersonal*	5,06 (DT 4,968)	9,20 (DT 6,159)
Depresión*	8,29 (DT 5,882)	18,5 (DT 11,737)
Ansiedad*	4,59 (DT 4,017)	9,24 (DT 6,776)
Hostilidad	5,18 (DT 4,812)	5,85 (DT 4,462)
Ansiedad fóbica*	1,47 (DT 2,348)	3,59 (DT 3,215)
Ideación paranoide	3,53 (DT 2,764)	4,57 (DT 4,026)
Psicoticismo	1,94 (DT 2,561)	4,72 (DT 5,612)
Total*	46,29 (DT 35,037)	82,96 (DT 48,206)

\* $p<0,05$

## DISCUSIÓN

Algunos de los factores que influyen en el impacto psicológico por la infección por COVID-19 descritos en la literatura son: el padecer la infección por COVID-19 y/o requerir ingreso hospitalario y/o

en la unidad de cuidados intensivos, el fallecimiento de familiar por COVID-19, y tener antecedentes psiquiátricos y/o de traumas (2-18, 24-26).

Pocos casos de menores y familiares de Hospital de día han padecido la infección por COVID-19, hasta el mes de julio de 2020 que se terminó de realizar nuestra evaluación. En este periodo de tiempo, no ha habido ningún caso de familiares cercanos al menor que hayan fallecido por COVID-19. Ni tampoco que requiriera ingreso en la unidad de cuidados intensivos. También se observó que hubo pocos casos de fallecimientos de familiares por otros motivos, y solo en dos madres hubo una afectación más importante por dichos fallecimientos.

Más de la mitad de los menores tienen antecedentes psiquiátricos en la familia, y las madres son las que más antecedentes de traumas han presentado en nuestra muestra.

Los padres/cuidadores (de ambos sexos) detectan afectación en sus hijos durante el confinamiento en la tendencia al aislamiento, ira, agresión, depresión, ansiedad y problemas emocionales. Sin embargo, los menores se auto-detectan principalmente depresión, sintomatología postraumática y problemas emocionales. En este sentido, las puntuaciones son más elevadas en las evaluaciones de los padres de sus hijos que en las de los propios menores. Esto podría explicarse porque las madres (la participación de las madres ha sido mayor que de los padres), con más afectación psicopatológica, tienden a puntuar mayores síntomas emocionales en sus hijos o porque los menores tengan menos autoconciencia de enfermedad.

En cuanto a la propia psicopatología sufrida por los padres/cuidadores, su sintomatología de obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad está alrededor del 30% de todos, observando mayores niveles de somatización, sensibilidad interpersonal, ansiedad, ansiedad fóbica y depresión en las madres. En la literatura se ha descrito previamente mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres (29). También se ha documentado previamente mayores síntomas de estrés postraumático durante el COVID-19 en las mujeres (29). En este sentido, las mujeres parecen mostrarse más sensibles a las situaciones

estresantes del COVID-19, expresando mayor miedo y preocupaciones (30-31). Además, este incremento de sintomatología en las madres podría explicarse por un mayor porcentaje de ellas diagnosticadas con patología psiquiátrica previa al confinamiento, situación que podría motivar un mayor incremento de sintomatología depresiva y ansiosa en las personas con patología psiquiátrica previa (26).

También se observan alteraciones en los hábitos de alimentación (incremento de la ingesta, con predilección por los alimentos dulces) y de sueño (problemas para conciliar el sueño y despertares frecuentes durante la noche, principalmente) de los padres/cuidadores. En la literatura se ha descrito previamente un incremento del insomnio en adultos durante la situación del confinamiento por COVID-19 (26).

La repercusión emocional evaluada ha sido baja en padres y menores, y algo mayor en las madres, hasta el punto de que ellas registran significativamente mayores niveles de depresión y ansiedad que ellos. Estos resultados podrían deberse al escaso número de menores o familiares infectados por COVID-19, por un lado, y a la presentación de una mayor patología psiquiátrica, previa al confinamiento, en las madres, así como a una mayor sintomatología psiquiátrica en la mujer durante el COVID-19 (29).

De todas las patologías psiquiátricas observadas en el Hospital de día, la anorexia nerviosa es la que más repercusión ha sufrido por el confinamiento, teniendo que ingresar en centros específicos de trastornos de conducta alimentaria a 3 menores en las primeras semanas del COVID-19, sin llegar a poder participar en este estudio. En la literatura previa se ha descrito un empeoramiento en varias patologías psiquiátricas, entre las que se incluyen los trastornos de conducta alimentaria (28).

El resto de los menores no han empeorado durante esta situación, incluso algunos han expresado su bienestar al disminuir su requerimiento académico y/o social, que se encuentra afectado en muchos de los menores que acuden a Hospital de día. Estos resultados podrían explicarse por los beneficios observados durante la pandemia por COVID-19, al disminuir la presión social y la exposición a estresores (acoso escolar) (21-23) durante el confinamiento.

Se ha observado un mayor impacto emocional en las madres de los menores que acuden a Hospital de día tras el periodo de confinamiento por COVID-19, debido a presentar mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres en general y en la pandemia, en particular, y al tener más antecedentes de patología psiquiátrica en las madres. La repercusión emocional en los padres ha sido baja. En cambio, los menores han presentado poca repercusión emocional, observando, en la mayoría, una disminución de las situaciones estresantes académicas y sociales.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

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

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este estudio no ha contado con fuentes de financiación específicas.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores han contribuido en el diseño del estudio; todos excepto AD han realizado la pasación de escalas; AD y CD han realizado el análisis estadístico; CD ha redactado el manuscrito, y todos los autores han aceptado su versión final.

## REFERENCIAS

1. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 813-824.
2. Junfeng L, Zhiyun Y, Hui Q, Yu W, Lingyu J, Junjun J et al. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 epidemic. *World Psychiatry* 2020; 19: 249-250. <https://doi.org/10.1002/wps.20758>

3. Cao W, Fanga Z, Houc G, Hana M, Xua X, Donga J et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112934.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
4. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chenet S et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* 2020; 15: e0231924.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
5. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit* 2020; 26: e924609.  
<https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
6. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112921.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
7. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr* 2020; 33: e100213.  
<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
8. Tang W, Hu T, Hu B, Hud B, Jine C, Wangf G et al. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *J Affect Disord* 2020; 274: 1-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.009>
9. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020; 26: e923921.  
<https://doi.org/10.12659/MSM.923921>
10. Yuan S, Liao Z, Huang H, Jiang B, Zhang X, Wanget Y et al. Comparison of the indicators of psychological stress in the population of Hubei province and non-endemic provinces in China during two weeks during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in February 2020. *Med Sci Monit* 2020; 26: e923767.  
<https://doi.org/10.12659/MSM.923767>
11. Fullana MA, Hidalgo D, Vieta E, Radua J. Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. *J Affect Disord* 2020; 275: 80-81.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.027>
12. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun* 2020; 87: 172-176.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
13. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 2381.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
14. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1729.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
15. Hamel L, Lopes L, Muñana C, Kates J, Michaud J, Brodie M. KFF coronavirus poll: March 2020. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/kff-coronavirus-poll-march-2020/> [Consulta: 24 mayo 2020].
16. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak T, McGuire P, Fusar-Poli P et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: A systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 611-627.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)

17. Marqués de Miranda D, Da Silva Athanasio B, Sena Oliveira AC, Simoes-e-Silva AC. How si COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *Int J Disaster Risk Reduct* 2020; 51: 101845. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395(10227): 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
19. King DL, Delfabbro PH, Billieux J, Potenza MN. Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict* 2020; 9(2): 184-186. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00016>
20. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: A potential public health crisis? *Lancet Public Health* 2020; 5: e259. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30088-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30088-8)
21. Usher K, Bhullar N, Durkin J, Gyamfi N, Jackson D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *Int J Ment Health Nurs* 2020; 29(4): 549-552. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>
22. Health and Safety Executive. Work-related stress, anxiety or depression statistics in Great Britain. London: Health and Safety Executive; 2019.
23. The Children's Society. Impact of COVID-19 on young people [en línea]. <https://www.childrensociety.org.uk/sites/default/files/the-impact-of-covid-19-on-children-and-young-people-briefing.pdf> [Consulta: 24 mayo 2020].
24. Young Minds. Coronavirus: Impact on young people with mental health needs. [https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirusreport\\_march2020.pdf](https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirusreport_march2020.pdf) [Consulta: 24 mayo 2020].
25. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
26. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorcad P, Thomase P, Bocherfet R et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *Encephale* 2020; 46: 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.005>
27. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhanga L, Zhaoa X, Zou Y et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav Immun* 2020; 87: 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>
28. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: Implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull* 2020; 46: 752-757. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa051>
29. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res* 2020; 287: 112921. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>
30. Essau CA, Leung PW, Conradt J, Cheng H, Wong T. Anxiety symptoms in Chinese and German adolescents: Their relationship with early learning experiences, perfectionism, and learning motivation. *Depress Anxiety* 2008; 25: 801-810. <https://doi.org/10.1002/da.20334>
31. Li CE, DiGiuseppe R, Froh J. The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence* 2006; 41: 409-415.

Libia Quero Acosta<sup>1,3</sup>  
María Ángeles Moreno Montero-Galvache<sup>2</sup>  
Pedro de León Molinari<sup>2</sup>  
Rafael Espino Aguilar<sup>3</sup>  
Cristóbal Coronel Rodríguez<sup>4</sup>

1. Servicio de Pediatría. Clínica Santa Isabel. Sevilla, España  
2. Servicio de Asistencia Integral de Pediatría. Sevilla, España  
3. Hospital Quirónsalud Infanta Luisa. Sevilla, España  
4. Centro de Salud "Amante Laffón". Distrito Sanitario de AP. Sevilla, España

\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

Libia Quero Acosta  
Correo electrónico: [libia.quero@grupohla.com](mailto:libia.quero@grupohla.com)

---

*Estudio del impacto emocional de la  
pandemia por COVID-19 en niños de 7  
a 15 años de Sevilla*

*Study of the Emotional Impact of the  
COVID-19 Pandemic in Children from 7  
to 15 Years Old of Sevilla*

## RESUMEN

La pandemia COVID-19 ha generado cambios en las rutinas de vida, motivados por distanciamiento social y limitación de movilidad, que pueden provocar alteraciones en el estado emocional de niños y adultos tales como ansiedad y depresión, según estudios previos. Es probable que estas alteraciones permanezcan en el tiempo, aunque el estrés ya no actúe. **Objetivos:** valorar la salud emocional en una muestra de escolares de 7 a 15 años residentes en la ciudad de Sevilla, durante la pandemia COVID-19 en los meses de septiembre a noviembre 2020. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico (4 centros de reclutamiento), y transversal, aprobado por el comité local de ética. Los niños fueron seleccionados al azar simple; utilizando tabla de números aleatorios en los centros participantes a los que acudieron y en las salas de espera de dichos centros sanitarios, respondieron de manera anónima ellos solos el cuestionario Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) de ansiedad y depresión. Los cuestionarios fueron procesados con un programa informático diseñado para obtener los baremos en puntuaciones típicas por edades y sexo para las categorías evaluadas: ansiedad, depresión, inutilidad,

## ABSTRACT

The COVID-19 pandemic is causing changes in life routines, with strict home confinement, which can cause alterations in the emotional state of children and adults; anxiety and depression have been referred to in previous studies. **Objectives:** Assess the emotional health of schoolchildren aged 7 to 15 years living in the city of Seville between September and November, 2020 during the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** Multicenter, prospective and cross-sectional study, approved by the local ethics committee. The children were randomly selected in the participating centers and in the waiting rooms they responded anonymously to the CECAD test for anxiety and depression. The tests were processed with a computer program designed to obtain the scales of typical scores by age and sex for the categories evaluated: anxiety, depression, uselessness, irritability, thinking problems and psychophysiological symptoms. Statistical analysis was performed with the GNU PSP 1.4.1-g79ad47. **Results:** The sample included 150 individuals: 77 girls (51.3%) and 73 boys (48.7%) with a mean age of 10.85 +/- 2.01 years. The mean values of the studied parameters and psychophysiological symptoms were normal by sex and age for the selected sample. 5% were

irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos. El análisis estadístico se realizó con GNU PSPP 1.4.1-g79ad47. **Resultados:** La muestra del estudio incluyó 150 individuos: 77 niñas (51,3%) y 73 niños (48,7%) con una edad media de 10,85 +/- 2,01 años. El cuestionario CECAD cuantificó la media de valores de los parámetros estudiados y síntomas psicofisiológicos como normales por edad y sexo para la muestra seleccionada. Un 5% de los individuos de la muestra se catalogó como deprimidos según el punto de corte establecido, un 2 % de los individuos testados presentó ansiedad y un 10% de los escolares de la muestra elegida presentaron irritabilidad. **Conclusiones:** En la muestra estudiada no se observaron valores más elevados de depresión y ansiedad que en las muestras de referencia de características poblacionales parecidas a la misma. Los valores de referencia son anteriores a la era de pandemia, lo que permite informar que los niños sevillanos pertenecientes a la muestra evaluada entre 7-15 años están soportando esta compleja situación sin referir alteraciones significativas del estado emocional, hasta la fecha fin de estudio, ya que consideramos a la muestra como representativa de tal población.

**Palabras clave:** población infantil, COVID-19, confinamiento, impacto psicológico, ansiedad, depresión.

classified as depressed according to the established cut-off point, 2% presented anxiety and 10% had irritability. **Conclusions:** We did not obtain higher values of depression and anxiety than the reference samples prior to the pandemic era, which allows us to report that our children between 7-15 years of age are enduring this complex situation without reporting significant alterations in emotional state, up to the date of the present study.

**Keywords:** young children; COVID-19; confinement; psychological impact; anxiety; depression.

## INTRODUCCIÓN

El Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS] (1), informa en una encuesta en 2014, que el 91,1% de los encuestados admitía que la familia representaba algo muy importante en su vida – puntuando 9 o 10 su importancia en una escala de 0 a 10–. Estos altos porcentajes apenas han variado en el tiempo. En la misma encuesta la mayoría de los españoles mayores de 18 años (75%) declaran que la vida familiar es el aspecto de sus vidas que les produce mayor satisfacción; la pandemia ocasionada por COVID-19 (enfermedad producida por el coronavirus SARS-CoV-2), y las medidas tomadas para evitar su propagación, que incluyen aislamiento, distanciamiento social, limitaciones de reunión y movilidad; tal vez han podido generar un estresor psicológico importante al modificar el estilo de vida de la población sin que el individuo pudiera influir en ello (2). La situación económica junto con el aislamiento y las restricciones de contacto físico suponen cambios significativos en el entorno psicosocial y situaciones de estrés en muchos de los individuos (3).

En España 1/10 adultos y 1/100 niños tienen un problema de salud mental, las mujeres casi el doble que los hombres, y los niños más que las niñas; según datos de la encuesta ENSE 2017 (4). Las estadísticas en tiempos pre – COVID, indican que los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21% (5), la prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) se estima del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años, y del 3,4% en jóvenes de 18 años (6), es importante tener en cuenta estas patologías ya que un diagnóstico precoz con intervención adecuada podría disminuir el riesgo de comorbilidad y la cronificación de estos procesos mientras que el retraso diagnóstico es causa, desde la adolescencia, de un incremento considerable del consumo de recursos (sanitarios, sociales, jurídicos, educativos) (7-9).

Igualmente, ya antes del 2020; el *Child Mind Institute*, organización estadounidense sin ánimo de lucro, afirmaba que desde el 2008 hasta el 2018,

habían aumentado los diagnósticos de trastornos de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, pasando de un 3,5% a un 4,1% (10). Polanczyk en un metaanálisis extenso, informa una prevalencia de trastornos psiquiátricos infantojuveniles del 15%, destacando la ansiedad (6,5%), problemas de conducta (6%), TDAH (3,5%) y depresión (2,5%) (11).

El confinamiento, las medidas de distanciamiento social y la restricción a la movilidad ocasionados por la pandemia COVID-19 podría haber afectado el bienestar social y emocional de la infancia y adolescencia, según refieren diversos investigadores nacionales e internacionales (12-15). Gómez et al (16) analizan las relaciones entre el estado psicológico general de los menores y los miedos a enfermedades y contagios por virus; además valoran estas relaciones en el transcurso del confinamiento y en función de la edad indicando que las mayores dificultades psicológicas se centran en los problemas emocionales y problemas de conducta. Además, se evidencia una relación positiva entre los miedos asociados a la COVID-19 y la presencia de esos problemas en la población infanto-juvenil.

Liu et al (17) realizaron un estudio de corte epidemiológico con una muestra de más de 8.000 estudiantes chinos con edades entre 12-18 años y como hallazgo más relevante informaron los siguientes problemas emocionales: 44% tenían síntomas significativos de depresión, 37% síntoma de ansiedad y un 31% una combinación de depresión y ansiedad; describen que el principal factor de riesgo era ser mujer, seguido de estar cursando el último grado de estudios.

Un estudio longitudinal evaluando la salud mental de 168 niños (de 7,6 a 11,6 años) antes y durante el cierre por la pandemia en el Reino Unido (abril-junio de 2020), ha comunicado un mayor número de casos de depresión tras el periodo de confinamiento, aunque serán necesarios estudios a largo plazo y con mayor tamaño muestral para evaluar la repercusión real de un confinamiento en el equilibrio emocional de la población pediátrica (18).

Considerando estos datos e intentando responder a la pregunta: ¿Esta situación de cambio es capaz de generar alteraciones del equilibrio emocional y provocar situaciones de depresión y ansiedad en

los niños?, se realizó la presente investigación con el objetivo de cuantificar la presencia de ansiedad y depresión en niños residenciados en la ciudad de Sevilla, con edades de 7 a 15 años, durante esta pandemia, tras el periodo de confinamiento y compararlo con cifras previas de las mismas patologías, informadas por otros estudios antes y después de la pandemia .

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional de corte transversal de manera de recopilar la información requerida entre el 1 de septiembre al 30 de noviembre 2020, con aleatorización simple para elegir a los participantes, participaron 4 centros de reclutamiento, ubicados en la ciudad de Sevilla.

### Población de estudio

Se estudiaron escolares de 7 a 15 años (debido a que a partir de los 7 años está validada la herramienta utilizada y la consulta pediátrica se extiende hasta los 15 años), de ambos sexos, residentes en la ciudad de Sevilla, expuestos al confinamiento domiciliario y a las medidas de distanciamiento social y restricción de movilidad por la pandemia, que acudieron a alguno de los centros reclutadores, fueron elegidos por azar simple y sistemático (según tabla de números aleatorios) (19) y sus padres o tutores firmaron el consentimiento informado, para cumplimentar el test CECAD (Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión Evaluación global de ansiedad, depresión y cuatro aspectos relacionados, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos, elegido como herramienta evaluadora, hasta alcanzar el tamaño muestral calculado. El cuestionario fue completado por el niño, en la sala de espera de la consulta.

Se consideraron criterios de exclusión los niños <7 años cumplidos y >15 años en el momento de la encuesta, no aceptar consentimiento informado o venir desplazado de otra provincia.

Los centros de reclutamiento fueron 4, a saber: Clínica HLA Santa Isabel (Distrito Nervión), Centro Asistencia Integral de Pediatría (distrito Sur), Hospital

Quirónsalud Infanta Luisa (distrito Triana) y Centro de Salud Amante Laffón (distrito Triana), ubicados en la ciudad de Sevilla donde se realizó el estudio.

### Herramienta de estudio

El estudio se realizó mediante el cuestionario CECAD (20). El cuestionario está dirigido a evaluar los trastornos internalizados o trastornos de la emoción (depresión, ansiedad) (21). El cuestionario CECAD tiene fiabilidad, validez y baremación revisada por organismos externos. Evalúa de forma clara y concisa las dos patologías mentales más frecuentes en nuestra sociedad: la ansiedad y la depresión. Al medir la presencia de la sintomatología internalizante es más objetivo que la simple observación de los progenitores, profesores o tutores, que en ningún caso podrían llegar a esclarecer dicha sintomatología de forma tan concisa y concreta. Al presentarse de forma totalmente anónima, los participantes han podido responder con total sinceridad sin interferencia de los bloqueos emocionales que pudieran padecer. Es un instrumento que se realiza en aproximadamente 10 o 15 minutos por lo que su facilidad a la hora de su ejecución también ha sido valorada para su elección en este estudio. El CECAD presenta calidad en los materiales y fundamentación teórica en comparación con otros cuestionarios, además ofrece un análisis de los ítems estructurados según sintomatología (22).

Los valores de fiabilidad en la consistencia interna son elevados para los grupos de edad y áreas evaluadas, destacando que para esta prueba se ha tenido en cuenta, sintomatología que abarca tanto la depresión como la ansiedad.

La escala evalúa la depresión según la sintomatología descrita en el DSM-IV, concretando en insomnio, pensamiento suicida o pérdida de apetito. La escala de ansiedad evalúa los pensamientos intrusivos o las conductas de escape. La escala de inutilidad evalúa la capacidad que tiene cada uno para adaptarse a las diferentes situaciones. La escala de irritabilidad presenta la facilidad que tiene una persona para enfadarse. La escala de problemas de pensamiento evalúa el miedo que tiene el sujeto a perder el control sobre sí mismo. Y la escala de síntomas psicofisiológicos indica la somatización

del proceso psicológico. Los resultados obtenidos se expresan con una media de 50 y una desviación típica de 10. Una puntuación mayor a 65 informa la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones en las siguientes escalas: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad, problemas de pensamiento y síntomas psicofisiológicos.

La fiabilidad del cuestionario se estimó en un coeficiente Alpha de Cronbach, el cual, tuvo un valor de 0,94 (23).

### Calculo “n” muestral

Se aceptó un riesgo alfa de 0,05 (nivel de confianza 95%), estimando una tasa de pérdidas de seguimiento del 15%. Se utilizó la aproximación de Poisson y se consideró una incidencia media del 9% (valor muy por encima de los descritos pre-pandemia) para ansiedad y depresión estimado a partir de valores informados previamente (4-11). Se empleó la calculadora de tamaños muestrales GRANMO del IMIM (<https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>) obteniendo un tamaño muestral (24): 148 individuos.

### Período y sistemática de reclutamiento

Periodo de reclutamiento: del 1 de septiembre 2020 al 30 de noviembre 2020. Utilizando una tabla de números aleatorios, se eligieron los niños según su número de historia en el listado de cada consulta, a los niños que cumplían los criterios de inclusión y no de exclusión y resultaron elegidos se les invito a rellenar el cuestionario. Previa información y firma del consentimiento informado por las madres, padres o tutores legales. En la recogida de la encuesta se anotó el sexo y edad del entrevistado sin ningún otro dato identificativo, para mantener el anonimato del participante. Se separaron los consentimientos de las encuestas y estos sirvieron para evitar la duplicidad de participación.

### Aspectos éticos de la investigación

Aplicamos la legislación y recomendaciones para investigación clínica en pediatría; el estudio ha

sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Quirónsalud Hospitales y de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío-Virgen Macarena de Sevilla.

### Método y tratamiento estadístico

Toda la información recogida en el cuestionario (50 ítems) fue volcada en la aplicación informática creada para este test y analizada estadísticamente a través de la misma para obtener puntuaciones típicas por edad y sexo (25), luego estas puntuaciones típicas se catalogaron como variables y fueron vertidas en una base de datos para tratamiento estadístico GNU PSPP 1.4.1-g79ad47). Se emplearon test ANOVA y chi cuadrado de Pearson. Consideramos significativos valores de intervalo de confianza del 95% y valores  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se validaron 150 encuestas de escolares que cumplieron los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. La población quedó conformada por 77 niñas (51,3%) y 73 niños (48,7%) con una edad media de 10,85 +/- 2,01 años.

Los valores típicos de cada categoría estudiada se resumen en la [tabla 1](#) y los valores típicos según sexo en la [tabla 2](#).

**Tabla 1.** Distribución de puntuaciones típicas expresadas como media ± desviación estándar, para cada una de las categorías estudiadas

Descriptor CECAD	Valor media +/- desviación estándar
Depresión	46,15 +/- 10,92
Ansiedad	45,06 +/- 9,72
Inutilidad	45,37 +/- 9,79
Irritabilidad	50,24 +/- 11,06
Pensamiento	47,16 +/- 9,9
Alteraciones Fisiológicas	44,22 +/- 9,89

Nota: CECAD, Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión

**Tabla 2.** Puntajes típicos de cada uno de los parámetros del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), evaluados según sexo. Se expresan como valores de media+/- desviación estándar.

Sexo	Depresión	Ansiedad	Inutilidad	Irritabilidad	Pensamiento	Fisiológico
Femenino	46+/-11	45+/-10	45+/-9	51+/-11	46+/-10	45+/-10
Masculino	47+/-11	45+/-10	45+/-10	50+/-11	47+/-10	44+/-10

**Tabla 3.** Distribución porcentual de la muestra estudiada, según puntaje típico de corte recomendado por las instrucciones del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD) para las categorías evaluadas.

Parámetro	Punto corte 65
Depresión	5,3%
Ansiedad	2,7%
Inutilidad	3,3%
Irritabilidad	12,7%
Pensamiento	6,7%
Alteraciones Psicofisiológicas	2%

**Tabla 4.** Valores típicos para cada categoría del Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión (CECAD), según grupo etario, los valores se expresan con medias +intervalo de confianza del 95%.

Grupo	Depresión	Ansiedad	Inutilidad	Irritabilidad	Pensamiento
1	45 (41,8-48,2)	43 (40,1-45,4)	43,4(40,6-46,3)	48,3(42,4-47,9)	45,2(42,4-47,9)
2	47,9 (45,3-50,5)	46,3(43,9-48,6)	46,65(44,4-48,9)	52,26(49,7-54,7)	49,01(46,6-51,4)
3	43,5(39,9-47,1)	44,6(41,4-47,7)	44,6(41-48,2)	47,9(44,4-51,4)	45,2(42-48,5)

**Grupo1:** 7-9 años, **grupo2:** 10-12 años, **grupo 3:** 13-15 años

**Tabla 5.** Sujetos según grupo etario con puntajes típicos mayores a 65 para cada categoría del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (CECAD), expresado como número de individuos y porcentaje.

Grupo	Ansiedad	Depresión	Inutilidad	Irritabilidad	Pensamiento	Psicofisiológico
1	0	0	0	4(10,3)	1(2,69)	0
2	4 (5,3)	5(6,6)	2(2,6)	13(17,3)	7(9,2)	3(3,9)
3	0	3(8,6)	3(8,6)	2(5,7)	2(5,7)	0
TOTAL	4 (2,7)	8 (5,3)	5 (3,3)	19 (12,7)	10 (6,7)	3 (2)

**Grupo1:** 7-9 años, **grupo2:** 10-12 años, **grupo 3:** 13-15 años

**Tabla 6.** Distribución por sexo de individuos de la muestra con puntuaciones típicas mayores a 65 en cada categoría del Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión (CECAD). Se representan número de individuos y porcentaje.

Sexo	Ansiedad	Depresión	Inutilidad	Irritabilidad	Pensamiento	Alteraciones Psicofisiológicas
Femenino	3 (3,9)	6(7,8)	3(3,9)	10(13)	6 (7,8)	2(2,6)
Masculino	1 (1,4)	2(2,7)	2(2,7)	9(12,3)	4(5,5)	1(1,4)
Total	4 (2,7)	8(5,3)	5(3,3)	19 (12,7)	10(6,7)	3(2)

Al realizar test ANOVA no se evidencia significación estadística entre las diferencias observadas entre las medias. El puntaje típico según % de individuos de la muestra con valores iguales o /y superiores a 65, valores que se consideran puntos de corte de alarma y anormalidad, se recogen en la [tabla 3](#).

Se estratificó la muestra por edad: Grupo 1: 7 -9 años (n= 39; 26%); Grupo 2: 10-12 años (n=76; 50,74%) y Grupo 3: 13-15 años (n=35; 23,9%). Los aspectos psicofisiológicos valorados se resumen en la [tabla 4](#).

La [tabla 5](#) muestra el número de individuos según edad que tuvieron puntuación típica superior a 65 para las variables psicofisiológicas estudiadas. El grupo de 10 a 12 años manifestó ansiedad en un 5,3%, comparado con los otros 2 grupos donde ninguno tuvo valores superiores a 65. Con respecto a depresión, el grupo 2 tuvo un 6,6 % y el grupo 3 un 8,6 %, en el grupo 1 ninguno tuvo valores típicos mayores a 65. No encontramos diferencias estadísticas significativas entre los grupos.

La [tabla 6](#) recoge los individuos distribuidos por sexo con puntuaciones típicas iguales o superiores a 65 para cada una de las categorías estudiadas. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

## DISCUSIÓN

La Pandemia COVID-19 con más de un año de duración puede haber afectado el bienestar social y emocional de la infancia y adolescencia, entre otros, como se ha descrito en diferentes investigaciones ([26-28](#)).

En el presente estudio, la hipótesis alternativa fue que los niños y niñas entre 7 y 15 años tendrían porcentajes más elevados de ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. Sin embargo, no se encontraron alteraciones significativas en los descriptores estudiados por el cuestionario CECAD en relación con depresión, ansiedad, sensación de inutilidad, irritabilidad y pensamientos negativos.

Nuestros resultados no concuerdan con los informados por otros autores (29-31) y esto puede deberse a:

1. Los niños realizaron el cuestionario ellos mismos y no sus padres. La mayoría de los estudios publicados interrogan a los padres y son realizados por cuestionarios enviados por internet.
2. Acudieron personalmente a la consulta del médico, no lo hicieron desde casa por internet. En general esto podría significar un sesgo, ya que acudir a consulta en forma presencial implica que los padres tienen más controlados los miedos generados por la pandemia COVID-19, y esto pueden haberlo transmitido a sus hijos.

En general, los niños resisten mejor estas situaciones si tienen a una persona adulta firme y tranquila a su lado. Se ha mostrado 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 (32, 33).

Sin embargo, además de los factores relacionados con la familia, es importante tener en cuenta los factores individuales: características del niño (como el temperamento), los antecedentes de adversidad, afrontamiento y resiliencia, que en conjunto modularán la respuesta a la amenaza. El cierre del colegio puede sobrellevar para el niño el no tener acceso a educación y alimentación, la falta de contacto cara a cara con sus compañeros y con profesores y no poder realizar sus actividades deportivas y de tiempo libre, entre otras cosas (34, 35).

También es importante recordar que los niños presentan una elevada capacidad de adaptación a situaciones novedosas, y su resiliencia supera a la de los adultos (36).

Este estudio se inició en septiembre del 2020. Los niños se encontraban de regreso de vacaciones de verano y regresaban a la escuela, 2 factores que pueden haber condicionado la respuesta positiva de los niños del presente estudio. Sin embargo, durante el estudio ocurrió la segunda ola de la pandemia, por

lo que el temor seguía presente en la sociedad y en las familias (37).

La depresión en niños y adolescentes, según la *American Psychiatric Association*, es un cuadro alterado del humor caracterizado por un estado disfórico, similar a la depresión adulta (38, 39) donde la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, propia de los adultos, puede estar suplantada por un estado de ánimo irritable.

Según el cuestionario CECAD la variable irritabilidad presenta la facilidad que tiene una persona para enfadarse. En el presente estudio, sí se evidencio que un 10 % de los individuos de la muestra presentaban irritabilidad, y se obtuvo un 17% de irritabilidad en el grupo de 10 a 12 años, esta diferencia no fue significativa con el resto de los grupos ¿Es este factor es un punto de alarma?, no lo sabemos con los datos actuales. Por lo que es recomendable seguir este estudio y ampliar la muestra.

Alguno de los autores consultados informa de ambivalencia emocional, esto es, que los niños se sienten contentos por estar más tiempo en casa y en familia, pero, por otro lado, un alto porcentaje llora más (55.54%), está más nervioso (70.17%), se enfada más (74.66%) o está más triste (55.83%) (40). Concretamente, Orgilés (41), describe como cambios frecuentes (de mayor a menor grado): dificultad para concentrarse, aburrimiento, irritabilidad, sentimientos de soledad, inquietud y preocupación, señalando que el 85% de los padres percibe dichos cambios.

El test CECAD como herramienta de valoración, es un punto fuerte del estudio ya que presenta ventajas como: limita en el niño la necesidad de expresar verbalmente sus emociones conflictivas ante extraños, aporta datos libres de la subjetividad de los informante, suministra información sobre los síntomas internalizados (pensamientos y sentimientos), de imposible acceso mediante la simple observación además de ser un cuestionario breve que evalúa con rapidez la gravedad o no de los síntomas y que se puede utilizar de forma individual o colectiva; es un test validado por estudios previos (22). Consideramos que nuestra muestra es importante y su carácter aleatorizado unido al hecho de que los niños han rellenado la encuesta de manera independiente, no influida por los padres, aporta un valor adicional a los resultados de este estudio.

28

Cuando se analizó la muestra por sexo, edad y sexo/edad tampoco se encontraron alteraciones significativas que sugieran que la situación de confinamiento y pandemia hayan inducido alteraciones psicofisiológicas en la muestra analizada, en discordancia con el estudio de Bignardi G et al (5) en población de Reino Unido.

Los resultados del presente estudio parecen sugerir que el realizar los cuestionarios de forma presencial al sujeto a valorar y no a sus padres y el utilizar una herramienta de fácil acceso para los niños; pueden marcar diferencias.

Lo recomendable sería ampliar la muestra de estudio o realizar un estudio longitudinal, para realizar conclusiones más fuertes.

## REFERENCIAS

1. Castro-Martin T, Seiz M. La transformación de las familias en España desde una perspectiva socio-demográfica. Documento de trabajo en VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España, Fundación FOESSA 2014 [en línea]. [https://www.researchgate.net/publication/272507958\\_La\\_transformacion\\_de\\_las\\_familias\\_en\\_Espana\\_desde\\_una\\_perspectiva\\_socio-demografica](https://www.researchgate.net/publication/272507958_La_transformacion_de_las_familias_en_Espana_desde_una_perspectiva_socio-demografica)
2. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2012; 30: 95-102.
3. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2020;14(1): 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie Informes Monográficos 2017; 1. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
5. Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2005*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.
6. Martínez-Martín N. Trastornos depresivos en niños y adolescents. *An Pediatr Contin* 2014; 12(6): 294-299. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70207-0](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70207-0)
7. Sánchez-Mascaraque P, Cohen DS. Ansiedad y depresión en niños y adolescents. *Adolescere* 2020; 8(1): 16-27.
8. Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Vita, A et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency-The Italian response. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(9): 974-976. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>
9. Gao J, Zheng P, Jia Y, Mao Y, Chen S, Wang F et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE* 2020; 15(4): e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
10. Martinelli K, Cohen Y, Kimball H, Miller C. Understanding Anxiety in Children and Teens: 2018 Children's Mental Health Report [en línea]. <http://www.infocoonline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
11. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the world prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
12. Valero N, Vélez M, Durán A, Portillo M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv* 2020; 5(3): 63-70.
13. Usher K, Durkin J, Bhullar N. The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing* 2020; 29: 315-318. <https://doi.org/10.1111/inm.12726>

14. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry* 2020; 63(1): e32.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>
15. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM* 2020; 113(5): 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
16. Gómez I, Fluja-Contreras JM, Andrés-Romero M, Sánchez-López P, Fernández-Torres M. Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *RPCNA* 2020; 7(3): 11-18. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2029>
17. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e17-e18.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)
18. Bignardi G, Dalmaijer E, Anwyl-Irvine A, Smith TA, Siugzdaite R, Uh S et al. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown [en línea]. *Arch Dis Child* 2020. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
19. Valdez I. Tabla de números aleatorios. Universidad Nacional Autónoma de México [en línea]. <http://dcb.fi-c.unam.mx/profesores/irene/Notas/tablas/NumsAleat.pdf> [Consulta: 5 mayo 2020].
20. Lozano L, García Cueto E, Lozano Fernández, LM. Cuestionario Educativo-Clinico: Ansiedad y Depresión. Madrid: TEA Ediciones; 2013. <http://web.teaediciones.com/CECAD-Cuestionario-Educativo-Clinico-Ansiedad-y-Depresion.aspx> [Consulta: 1 mayo 2020].
21. Kovacs M, Devlin B. Internalizing Disorders in Childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 47-63. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00303>
22. Elosua P, Geisinger KF. Cuarta evaluación de test editados en España: forma y fondo. *Papeles del Psicólogo* 2016; 37(2): 82-88.
23. Consejo General de la Psicología. Evaluación Test Editados en España: cuestionario Educativo-clínico ansiedad y depresión: CECAD [en línea]. 2019. <https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana>
24. Fernández P. Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996; 3: 138-140.
25. Ruiz Caballero KM. Propiedades psicométricas del cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión en estudiantes de secundaria de Trujillo. *Revista Investigaciones Altoandinas* 2014; 16(1): 149-162.
26. Urzúa A, Vera-Villaruel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Ter Psicol* 2020; 38(1): 103-118.
27. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(4): e00054020.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
28. Hernández Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas [en línea]. *Medicentro Electrónica* 2020; 24(3): 578-594. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es)
29. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y salud mental: ¿qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología* 2020; 4(2): 143-152. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
30. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Consecuencias en la salud mental de la pandemia COVID-19 asociada al aislamiento social [en línea]. *Colomb J Anesthesiol* 2020; 48(4).  
<https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
31. Cifuentes-Faura J. Consecuencias en los Niños del Cierre de Escuelas por Covid-19: El Papel del Gobierno, Profesores y Padres [en línea]. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social* 2020; 9(3).  
<https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12216>
32. 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: 347-349.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1)

33. Saxena R, Saxena S. Preparing children for pandemics. En: Saxena S. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics. Singapore: Springer Nature; 2020. p. 187-197.
34. Patricio del Castillo R, Pando Velasco M. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2020; 37(2): 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
35. Palacio-Ortiz JD, Londoño-Herrera JP, Nanclares-Márquez A, Robledo-Rengifo P, Quintero-Cadavid CP. Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr* 2020; 49(4): 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
36. Horner G. Resilience. *J Pediatr Health Care* 2017; 31: 384-390. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.005>
37. Andrino B, Grasso D, Laneras K. Los datos de una pandemia en tres olas [en línea]. *El País* 2021. <https://elpais.com/sociedad/2021-03-10/los-datos-de-una-pandemia-en-tres-olas.html>
38. Shavers CA. Commentary: Emotional Problems and Depression among Children and Adolescents in Today's Society. *Open Journal of Depression* 2014; 3(2): 74-87. <https://doi.org/10.4236/ojd.2014.32012>
39. Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol* 1998; 53(2): 221-241. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.53.2.221>
40. Berasategi N, Idoiaga N, Dosil M, Eiguren A, Picaza M, Ozamiz N. Las voces de los niños y de las niñas en situación de confinamiento por el COVID-19 [en línea]. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2020. <https://web-argitalpena.adm.ehu.es/pdf/USP00202291.pdf>
41. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada J. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Preprint [en prensa]. <https://doi.org/10.31234/osf.io/5bpfz>

**Nuria Baldaquí<sup>1</sup>**  
**Astrid Morer<sup>2, 3, 4, 5</sup>**  
**Rosa Calvo-Escalona<sup>2, 3, 4, 5</sup>**  
**Maria Teresa Plana<sup>2</sup>**  
**Luisa Lázaro<sup>2, 3, 4, 5</sup>**  
**Inmaculada Baeza<sup>2, 3, 4, 5</sup>**

1. Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España
2. Servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. España
3. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS)
4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)
5. Universitat de Barcelona

**\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

**Nuria Baldaquí**  
Correo electrónico: [baldaqui@clinic.cat](mailto:baldaqui@clinic.cat)

---

*Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental. Infantil y Juvenil de un hospital general*

*Effects of the COVID-19 pandemic on child and adolescent. Mental Health devices in a general hospital*

## RESUMEN

**Introducción:** La pandemia COVID-19 ha supuesto cambios importantes en el modelo de asistencia, tanto en hospitales como en centros de salud mental. En este artículo analizaremos los cambios que dicha pandemia ha generado en las dinámicas de los dispositivos de salud mental Infantil y Juvenil del Hospital Clínic de Barcelona (HCB). **Métodos:** Análisis de los cambios realizados en el funcionamiento de los dispositivos de salud mental Infantil y Juvenil vinculados al HCB necesarios para la adaptación a la situación de pandemia ocasionada por la COVID-19. Asimismo, se revisan las nuevas dinámicas de trabajo de los profesionales en salud mental Infantil y Juvenil, requeridas por la situación de alarma sanitaria. **Resultados:** Durante las distintas fases del periodo de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 (mediados de marzo-junio 2020), los dispositivos de salud mental Infanto-Juvenil (sala de hospitalización de agudos, urgencias, hospital de día, consultas externas) se han adaptado progresivamente a los requerimientos ocasionados

## ABSTRACT

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has led to important changes in the care model, in hospitals and in mental health centers. In this article we will analyze the changes that this pandemic has generated in the dynamics of the different Child and Youth mental health devices of the Hospital Clínic de Barcelona (HCB). **Methods:** Analysis of the changes made in the operation of the Children's and Youth mental health devices linked to the HCB necessary for their adaptation to the pandemic situation caused by COVID-19. Likewise, the new work dynamics of professionals in Child and Youth mental health, required by the health alarm situation, are reviewed. **Results:** During the different phases of the health crisis period caused by COVID-19 (mid-March-June 2020), the Child and adolescent Mental Health devices (acute hospital ward, emergency room, day hospital, outpatient clinics) have been progressively adapted to the requirements caused by the pandemic

por la situación de pandemia. De igual modo, los especialistas de Psiquiatría y Psicología infantil y juvenil han adaptado sus roles para hacer frente a dicha emergencia sanitaria según los requerimientos de atención médica y psicológica en cada una de las fases del periodo más agudo de la pandemia por coronavirus. **Conclusiones:** Los dispositivos de salud mental y los profesionales que trabajan en ellos han adaptado su modo de funcionamiento desde las etapas más agudas de la pandemia hasta el momento actual, de forma flexible y dinámica para continuar con el diagnóstico y tratamiento de los menores con patología psiquiátrica.

**Palabras clave:** siquiatria infantil, psiquiatria juvenil, salud mental, COVID-19, pandemia.

## INTRODUCCIÓN

En 2020 la Pandemia COVID-19 ha tenido un importante impacto en los diferentes sistemas sanitarios alrededor del mundo. En Europa, España ha sido uno de los países que más se ha visto afectado por la pandemia (1). En concreto, dentro del ámbito de la salud mental, la crisis COVID-19 ha cambiado las dinámicas de trabajo de los profesionales en los distintos dispositivos, teniendo que adaptarse a las medidas requeridas para reducir la propagación de la infección y dar respuestas a las necesidades del sistema sanitario en las diferentes etapas de la pandemia (2).

La pandemia COVID-19, se originó en China a finales del año 2019 a partir de la mutación de un nuevo tipo de coronavirus. Rápidamente se extendió a nivel mundial, llegando a afectar al continente europeo a principios del año 2020. En el mes de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación de pandemia. A raíz de dicha emergencia sanitaria, los gobiernos de los distintos países europeos se vieron obligados a tomar una serie de medidas para proteger la salud pública de la población.

En España, el 14 de marzo de 2020 el Gobierno decretó el estado de alarma para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus. En

situation. Similarly, specialists in Child and adolescent Psychiatry and Psychology have adapted their roles to face the health emergency according to the requirements of medical and psychological care in each of the phases of the most acute period of the coronavirus pandemic. **Conclusions:** Mental health devices and the professionals who work in them have adapted their practice from the most acute stages of the COVID-19 Pandemic to the current moment, in a flexible and dynamic way to continue the diagnosis and treatment of minors with psychiatric pathology.

**Keywords:** Child psychiatry, adolescent psychiatry, mental health, COVID-19, pandemics.

el Real Decreto publicado en el Boletín Oficial del Estado (BOE), entre otras medidas, se limitó la libertad de circulación de las personas y se instauró el confinamiento domiciliario. En el ámbito educativo, se paralizaron las actividades presenciales, cerrándose los colegios y las universidades a nivel estatal. En algunas Comunidades Autónomas, ya se habían cancelado previamente las actividades docentes presenciales por recomendación del Gobierno central para intentar frenar la expansión de la infección (3).

La emergencia sanitaria ha obligado a nuestro sistema de salud a adaptarse con inmediatez para hacer frente a la situación de crisis. Los diferentes dispositivos, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, han tenido que modificar su organización interna para frenar la avalancha de pacientes afectados por la COVID. Al mismo tiempo, los profesionales sanitarios se han visto obligados a modificar sus actividades laborales habituales, pasando a realizarlas de forma telemática o, incluso, cambiando sus puestos de trabajo y dedicándose a tratar a las personas afectadas por coronavirus.

Dichas modificaciones, se extienden también al ámbito de la salud mental. Muchos médicos psiquiatras, durante la etapa más aguda de la pandemia, han cambiado su rutina laboral,

pasando a formar parte de unidades médicas donde, conjuntamente con médicos de otras especialidades, se atendía a pacientes infectados por coronavirus. Además, debido a las características infecciosas de la enfermedad, muchos pacientes han estado aislados, padeciendo las consecuencias psicológicas de dicho aislamiento, lo que favoreció la puesta en marcha de protocolos para paliar la situación, en los que los profesionales de salud mental han participado activamente (2).

Dentro de las distintas áreas de la Psiquiatría, la Psiquiatría de Enlace e Interconsulta ha experimentado un aumento importante en su actividad, pues han estado a cargo de pacientes en los que coexistía patología mental aguda e infección por coronavirus, por lo que eran ingresados en plantas convencionales. También debido a la posible interacción de la medicación utilizada en el ámbito de la psiquiatría (antidepresivos, antipsicóticos, litio y otros estabilizadores del ánimo) con el tratamiento para la patología causada por la COVID-19, se han visto aumentadas en número las interconsultas (2, 4).

La hospitalización a domicilio ha tenido un papel principal en la época más aguda de la pandemia, evitando ingresos hospitalarios en pacientes con patología mental, para minimizar el riesgo de infección. Se han aumentado las camas dedicadas a dicha modalidad de hospitalización, lo cual ha permitido comprobar que se trata de una alternativa válida a la hospitalización convencional (2, 5).

En los centros de salud mental, una de las primeras medidas que se tomaron para reducir el número de contagios fueron las visitas vía telefónica o virtuales mediante videollamada. Conforme la situación epidemiológica se ha ido estabilizando, se ha vuelto de forma progresiva a las visitas presenciales, aunque en algunos casos todavía se mantiene dicha modalidad de visita. Esta situación ha puesto en evidencia la utilidad de los recursos digitales en el tratamiento de los pacientes (2). Aspectos legales, como el respeto a la confidencialidad y la protección de datos se han tenido que revisar de manera dinámica, habiendo realizado la Sociedad Española de Psiquiatría una serie de recomendaciones al respecto (6).

El tratamiento mediante terapia electroconvulsiva (TEC) también se ha visto afectado por

la situación de emergencia sanitaria. Para seguir realizando dicho tratamiento ha sido necesario elaborar protocolos con la finalidad de evitar el riesgo de contagio (7). Dichos protocolos sumados a la reducción de la actividad en las etapas más críticas de la pandemia han hecho necesaria la priorización de los pacientes más graves. En aquellos pacientes de menor gravedad el tiempo entre sesiones se ha prolongado o incluso se ha tenido que suspender el tratamiento. La suspensión o reducción en la frecuencia de la TEC ha ocasionado recaídas en algunos de estos pacientes, requiriendo en ocasiones un ingreso hospitalario agudo (8).

Por último, las hospitalizaciones en las Unidades de Agudos de Psiquiatría también se han visto afectadas por las restricciones implementadas con la finalidad de frenar el avance de la pandemia. Ha sido necesario suprimir las visitas de familiares y los permisos de salida, entre otras medidas para evitar contagios (9).

## JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO

Debido a la situación excepcional desencadenada por la pandemia COVID-19, el Sistema Nacional de Salud ha tenido que adaptarse de forma rápida a la nueva situación para poder proporcionar la asistencia requerida y disminuir el riesgo de contagio en los diferentes dispositivos de salud, instaurando las medidas de distanciamiento social.

Estas modificaciones en el sistema sanitario también han afectado al funcionamiento de los distintos dispositivos de la red de salud mental, entre los que se incluyen los dispositivos de Salud Mental Infantil y Juvenil. Pese a que dicho rango de edad no es de los más afectados por la morbimortalidad del virus, sí que se trata de una población vulnerable a los cambios sociales, pudiendo ocasionar la situación de pandemia un importante impacto psicológico en los más jóvenes (10, 11).

El objetivo principal de este artículo es analizar los cambios que ha supuesto dicha emergencia sanitaria en las dinámicas de los diferentes dispositivos de Salud Mental Infantil y Juvenil, utilizando como modelo el funcionamiento de los mismos en el HCB durante las diferentes etapas de la infección por coronavirus.

## MÉTODOS

En este artículo, analizaremos los cambios realizados en los dispositivos vinculados al Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil (SPPIJ) del HCB en las distintas etapas de la situación de pandemia. Dichas modificaciones se encuentran recogidas en el plan de contingencia del SPPIJ. A través de este documento se describirán y analizarán las nuevas dinámicas de trabajo de los profesionales de salud mental Infantil y Juvenil en cada uno de los dispositivos.

## RESULTADOS

### 1. Aspectos generales. Accesibilidad

Una de las primeras medidas que se tomaron al decretar la situación de emergencia sanitaria fue el acceso telemático para posibilitar el teletrabajo a los profesionales con la finalidad de disminuir el riesgo de infección por coronavirus. Todos los miembros del SPPIJ podían acceder al sistema de Historia Clínica del hospital desde su domicilio. Esta medida se realizó de acuerdo con el Manual de Buenas Prácticas en materia de protección de datos y confidencialidad del Comité de Seguridad del HCB, cumpliendo el Reglamento Europeo 2016/679, relativo al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de datos. También se proporcionó una herramienta para el envío de datos de forma segura entre familias y profesionales de la red asistencia.

### 2. Recursos asistenciales

#### 2.1 Hospitalización y urgencias

En primer lugar, analizaremos los cambios en la planta de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría Infanto-juvenil. Durante la fase inicial tras decretar el Estado de Alarma (17-30 de marzo de 2020), los profesionales médicos psiquiatras a cargo de la planta de hospitalización se dividieron en dos equipos los cuales realizaban turnos presenciales alternos cada 2-3 días compaginados con teletrabajo desde el domicilio los días no presenciales.

Se adoptaron, además, una serie de medidas en la sala con la finalidad de reducir el riesgo tanto para los usuarios como para los profesionales. Se priorizó el ingreso de pacientes graves con incapacidad de contención de forma ambulatoria y siempre que fuera posible de forma programada. Se intentó realizar ingresos directamente a la sala de hospitalización, minimizando el paso por el servicio de urgencias. Se realizó una anamnesis centrada en síntomas COVID a todos los pacientes que ingresaban y a los familiares convivientes. También se medía la temperatura en el momento del ingreso. Se dio preferencia al ingreso en habitaciones individuales y se mantuvieron espacios de seguridad, al igual que el distanciamiento social en espacios comunes. Se prohibieron los permisos de salida y se redujeron las visitas a un familiar por paciente durante una hora de tiempo. Se pasó a tomar la temperatura dos veces al día y en caso de sospecha de COVID se implementó el aislamiento del paciente en su habitación y el seguimiento del protocolo del hospital para dichos casos.

Durante la fase más aguda de la pandemia (31 de marzo-16 de abril), se produjo el cierre de la planta de Psiquiatría Infantil y Juvenil y su reapertura como sala para pacientes COVID. Seis médicos psiquiatras divididos en dos turnos, junto con médicos de otras especialidades, se organizaron para prestar servicio a dichos pacientes.

Los médicos psiquiatras durante dicha etapa, atendieron a pacientes infectados por COVID contando con la ayuda de especialistas de Medicina Interna y, además, dieron soporte al Servicio de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta. Dentro de este soporte, también proporcionaron ayuda psicológica a pacientes y familias (comunicación con la familia, elaboración de pérdidas, afrontamiento del aislamiento, entre otras consultas) y al personal sanitario que lo requirió (aceptación de riesgo en el trabajo, monitorización de niveles de estrés, y detección y prevención de situaciones de riesgo).

El 17 de abril de 2020 de forma paralela a la mejoría de Pandemia COVID-19 e inicio de la desescalada (eliminar), se reabrió la Sala de Agudos de Psiquiatría Infantil y Juvenil, en un primer momento con capacidad de 11 camas individuales (50% de la capacidad), que progresivamente fueron aumentando conforme mejoraba la situación sanitaria hasta llegar a 21 camas,

dejando una habitación individual en caso de que alguno de los pacientes ingresados requiriera aislamiento. Finalmente, el día 2 de mayo se inicia la desescalada a nivel nacional, permitiendo a los ciudadanos la salida del domicilio. Esta desescalada fue progresiva y asimétrica en relación al número de contagios. Es el 21 de junio cuando termina el “estado de alarma”. A partir de junio, se recuperaron las reuniones de equipo y las coordinaciones grupales en formato virtual. Desde la reapertura de la hospitalización aguda infantil se han creado circuitos específicos para que cualquier paciente que ha de ingresar en el hospital se le haga un frotis faringo-nasal y prueba PCR que ha de ser negativa para coronavirus.

Las demandas asistenciales en el servicio de urgencias de Psiquiatría durante las primeras semanas de la emergencia sanitaria sufrieron una notable disminución, reduciéndose en un 37,9% (12). Durante el horario laboral se destinaron un psiquiatra y un enfermero a dicho dispositivo y se habilitó un espacio en el Hospital de Día para atender a los niños y adolescentes que acudían a consultar de forma urgente.

## 2.2 Hospital de Día General

Se elaboraron, al igual que en la planta de hospitalización, turnos presenciales alternos cada 2-3 días. Los maestros de las aulas de hospital de día estuvieron trabajando de forma telemática desde el inicio del Estado de Alarma. A los nuevos ingresos se realizaba una primera visita de forma telefónica en la que se valoraba la prioridad y la necesidad de acudir de forma presencial. Se realizaban visitas telefónicas cada 48 horas a los pacientes ingresados que, en caso de que el paciente lo requiriese, se sustituían por visitas presenciales o domiciliarias. Los grupos terapéuticos pasaron a realizarse de forma virtual. Aquellos pacientes que seguían tratamiento farmacológico vía intramuscular continuaron acudieron de forma presencial para la administración del mismo (ver tabla 1).

A partir del 27 de abril de 2020 se recuperó la actividad terapéutica continuada de más de dos horas por paciente. Para evitar que coincidieran un elevado número de pacientes durante la misma franja horaria, pues también estaban acudiendo presencialmente los pacientes del Hospital de Día de Trastornos de la

Conducta Alimentaria (TCA), se reorganizaron los turnos.

En todo momento se han seguido los protocolos de seguridad recomendados por el hospital para evitar el riesgo de contagio (higiene de manos, mascarilla, materiales individuales, toma de temperatura, mantenimiento de distancia de seguridad).

Progresivamente se fueron recuperando algunos grupos terapéuticos presenciales. Las reuniones de coordinación se siguen realizando de forma telemática en la fecha de redacción de este artículo.

## 2.3 Hospital de Día de Trastornos del Espectro Autista (URTEA)

Se programaron visitas vía telefónica cada 48-72 horas con la posibilidad de contactar con los terapeutas vía telefónica o vía correo electrónico en caso de requerirlo. Se programaron visitas presenciales en aquellos pacientes que lo necesitaron, por ejemplo, en aquellos pacientes en los que se tuvo que anticipar el alta de dispositivos de mayor contención (sala de agudos, subagudos, hospital de día general) (ver tabla 1).

Los grupos terapéuticos se suspendieron y se facilitó material psicoeducativo y estrategias de afrontamiento, así como recomendaciones de salud y prevención. Se continuaron realizando grupos lúdico-sociales vía online a cargo de los educadores sociales con recomendaciones de psiquiatras y psicólogos, con la finalidad de mantener hábitos de vida saludables y horarios adecuados. Se continuó proporcionando atención educativa por parte del maestro de la Unidad de URTEA de manera individual vía online, coordinándose con el centro educativo de cada paciente.

## 2.4 Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Al igual que en los dispositivos anteriores, los terapeutas, psiquiatras y psicólogos, se dividieron en dos equipos realizando turnos de 2-3 días. El resto de los días realizaron teletrabajo.

En el hospital de día, se priorizó a los pacientes más graves. Los pacientes de mayor gravedad ingresados en dicho dispositivo se dividieron en

36

dos grupos: aquellos que por su estado clínico continuaron acudiendo de forma presencial diariamente y aquellos, menos graves, que pasaron a acudir a días alternos (ver tabla 2).

En el periodo en el que se cerró la sala de hospitalización de agudos, se amplió el horario de hospital de día para seguir atendiendo a los pacientes con TCA grave que hasta entonces habían estado ingresados. Esta atención se mantuvo también durante los fines de semana.

Para evitar el riesgo de contagio de coronavirus se llevaron a cabo las mismas medidas que en el hospital de día general, pero cabe especificar, que los pacientes con TCA se dividieron en dos grupos tanto para las actividades generales como para las comidas que se siguieron realizando sin juntarse en ningún momento dichos grupos. Se mantuvieron algunos grupos terapéuticos disminuyendo la frecuencia y el número de pacientes. Las visitas con los pacientes se mantuvieron de forma presencial y con las familias se pasó a realizar visitas telefónicas. Se anularon los grupos terapéuticos para padres.

Para añadir una nueva estrategia terapéutica y de apoyo en este contexto pandémico, semanalmente se colgaron contenidos relacionados con el tratamiento para los pacientes con TCA en una cuenta de *Instagram* creada en nuestros Hospitales de Día para pacientes que estuvieran en hospitalización parcial o consultas externas.

### **2.5 Centro de Salud Mental Infanto-juvenil (CSMIJ)**

En el CSMIJ se llevaron a cabo medidas como reducción del horario de atención presencial en el dispositivo e implementación de teletrabajo. Los terapeutas se dividieron en turnos y se continuaron realizando visitas presenciales a los pacientes que lo requerían.

Las primeras visitas pasaron a realizarse de forma telefónica valorándose la prioridad y la necesidad de acudir de forma presencial. Las visitas de seguimiento no prioritarias pasaron a realizarse de forma telefónica. Se proporcionaron métodos para contactar con los terapeutas vía telefónica o por e-mail en caso de situación de urgencia. Los profesionales del CSMIJ

continuaron coordinándose con pediatras y médicos de familia vía no presencial (ver tabla 3).

Desde el programa de patología dual se hizo especial énfasis en el uso perjudicial de las pantallas y se realizó una infografía para ayudar a los padres a enseñar a sus hijos a utilizar las pantallas de forma saludable.

Durante el periodo de confinamiento desde el CSMIJ se elaboró un cuestionario online que se pasó a los usuarios cada quince días para valorar el impacto que estaba causando el confinamiento en la salud mental de niños y adolescentes en relación con las variables psicosociales.

Los resultados del presente estudio parecen sugerir que el realizar los cuestionarios de forma presencial al sujeto a valorar y no a sus padres y el utilizar una herramienta de fácil acceso para los niños; pueden marcar diferencias.

Lo recomendable sería ampliar la muestra de estudio o realizar un estudio longitudinal, para realizar conclusiones más fuertes.

### **2.6 Otras actividades**

Los profesionales sanitarios del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil realizaron el curso de formación para el uso de equipos de protección individual (EPI) y algunos de ellos realizaron atención directa en salas COVID, así como las determinaciones de frotis para pruebas PCR que requerían algunos pacientes por protocolo. Los terapeutas psicólogos pertenecientes a diferentes dispositivos del hospital colaboraron en el programa de atención psicológica a profesionales implementado en el HCB.

Psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, educadores y personal de enfermería del Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil también participaron en el programa “*Escurçant Distàncies / Disminuyendo Distancias*” que tenía como finalidad disminuir la sensación de malestar por el aislamiento de los pacientes ingresados al no poder comunicarse con sus familiares, permitiendo la comunicación mediante llamadas o video llamadas. Este programa iba dirigido a pacientes de mayor edad que no dominan las nuevas tecnologías o a aquellos pacientes dependientes.

**Tabla 1:** Visitas realizadas en Hospital de Día General y en Hospital de Día de Trastornos del Espectro Autista.

	Presenciales		Telefónicas		Total	
	<i>Hospital de día general</i>	<i>URTEA</i>	<i>Hospital de día general</i>	<i>URTEA</i>	<i>Hospital de día general</i>	<i>URTEA</i>
Fase aguda 17/03 – 01/05/2021	50	18	183	257	233	275
Fase de desescalada 02-15/05/2020	94	33	21	82	115	115

**Tabla 2:** Visitas realizadas en Hospital de Día y en Consultas Externas de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

	Presenciales		Telefónicas		Total	
	<i>CCEE</i>	<i>H. de Día</i>	<i>CCEE</i>	<i>H. de Día</i>	<i>CCEE</i>	<i>H. de Día</i>
Fase aguda 17/03 – 01/05/2021	49	391	504	83	553	474
Fase de desescalada 02-15/05/2020	49	141	94	26	143	167

**Tabla 3:** Visitas realizadas en el Centro de Salud Mental Infanto-juvenil.

	Presenciales	Telefónicas	Total
Fase aguda 17/03 – 01/05/2021	29	1404	1433
Fase de desescalada 02-15/05/2020	38	323	361

\* En visitas telefónicas se incluyen también las visitas mediante videoconferencia.

## DISCUSIÓN

La emergencia sanitaria originada por la pandemia COVID-19 ha alterado de forma inesperada el funcionamiento de los hospitales y demás dispositivos sanitarios. Dentro del ámbito de la Salud Mental, en concreto, de la Salud Mental Infantil y Juvenil ha sido necesario implementar una serie de cambios para encontrar un equilibrio entre dar la mejor atención posible a nuestros usuarios y disminuir el riesgo de propagación de la infección.

Debido a dichos cambios, los profesionales de Salud Mental tuvieron que adaptarse de forma rápida y dinámica a la nueva situación. En ocasiones, como ha ocurrido en el HCB, los médicos psiquiatras han tenido que cambiar de puesto de trabajo, uniéndose a unidades multidisciplinarias a cargo de los especialistas de Medicina Interna para responder a las demandas sanitarias tratando a pacientes afectados por la COVID.

En nuestro servicio, hubo una disminución asistencial durante el período de estado de alarma y confinamiento en domicilio. En Wuhan (China), por ejemplo, durante el confinamiento las consultas ambulatorias de niños y adolescentes en los dispositivos de salud mental disminuyeron un 53% y un 50% los menores ingresados por patologías psiquiátricas (13).

Se implementó de forma exitosa el teletrabajo. Mediante las consultas vía telefónica o mediante videollamada se ha podido continuar la asistencia sanitaria de un modo seguro para profesionales y pacientes. Esta modalidad de atención se ha seguido manteniendo en algunos casos hasta la actualidad, como vía alternativa a la visita tradicional. A pesar de la utilidad de los servicios digitales, no deberían reemplazar a las visitas cara a cara cuando la situación de la pandemia lo haga posible (14).

La situación de aislamiento causada por la pandemia y las medidas tomadas para evitar la propagación de las mismas ha causado importantes efectos psicológicos en la población, incluyendo también a los niños y adolescentes (11). Los profesionales de Salud Mental han implementado recursos, ayudándose de las nuevas tecnologías, para poder llegar a los pacientes de Psiquiatría y

Psicología Infantil y Juvenil y ayudarles mediante psicoeducación durante el periodo de confinamiento, herramientas que tendrán su lugar en el tratamiento de esta población a partir de ahora.

## CONCLUSIONES

La atención a los colectivos más vulnerables, entre ellos, los niños y adolescentes con problemas de salud mental es un objetivo imprescindible en cualquier situación de emergencia (15, 16), como ha sido la producida por el COVID-19. En este contexto, es clave describir los cambios acaecidos en los dispositivos de salud mental infantil y Juvenil durante la pandemia y reflejar la flexibilidad del sistema sanitario público para atender a los pacientes en un momento de emergencia sanitaria mundial.

## AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Salud Carlos III por el apoyo a IB (INT19/00021).

## CONFLICTOS DE INTERÉS

IB ha recibido ayuda para viajar a congresos u honorarios de Angelini, Lundbeck y Janssen. NB, LL, TP, AM y RC manifiestan que no tienen conflictos de interés.

## FINANCIACIÓN

Este estudio no ha tenido una fuente de financiación específica.

## CONTRIBUCIONES

IB y NB diseñaron el artículo, NB redactó el primer manuscrito y todas las autoras contribuyeron a las posteriores versiones y aceptaron la versión definitiva del mismo.

## REFERENCIAS

1. Pacchiarotti I, Anmella G, Fico G, Verdolini N, Vieta E. A psychiatrist's perspective from a COVID-19 epicentre: A personal account. *BJPsych Open* 2020; 6(5): e108. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.83>
2. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2020; 13(2): 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>
3. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. 14 marzo 2020. Boletín Oficial del Estado («BOE»); 67: 25390-25400 [en línea]. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463> [Consulta: 4 diciembre 2020].
4. University of Liverpool. 2020. Covid-19 drug interactions [en línea]. <https://www.covid19-druginteractions.org/>
5. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzón-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I et al. The role of mental health home hospitalization care during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand* 2020; 141(5): 479-480. <https://doi.org/10.1111/acps.13173>
6. Sociedad Española de Psiquiatría. 2020. Guía COVIDSAM para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de COVID-19 [en línea]. <http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP%20GUÍA%20COVIDSAM.pdf>
7. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2020. Recomendaciones generales de la SEPB para adaptar la práctica de la terapia electroconvulsiva durante la pandemia de COVID-19 [en línea]. <https://sepb.es/webnew/wp-content/uploads/2020/05/TEC-COVID.pdf>
8. Sagué-Vilavella M, Gil-Badenes J, Baeza NB, Gómez SM, Pacchiarotti I, Cabrera MTP et al. The Other Victims of COVID-19: The Value of Electroconvulsive Therapy. *J ECT* 2020; 37(1): e1-e2. <https://doi.org/10.1097/YCT.0000000000000718>
9. Palomo AG, Pujal E, Baldaquí N, Colomer L, Gutiérrez F, Bioque M et al. P.693 Differences in an acute psychiatric hospitalization unit before and during the coronavirus pandemic. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020; 40: S395. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.09.513>
10. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. *Pediatrics* 2020; 145(6): e20200834. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0834>
11. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2020; 37(2): 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
12. Gómez-Ramiro M, Fico G, Anmella G, Vázquez M, Sagué-Vilavella M, Hidalgo-Mazzei D et al. Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre. *J Affect Disord* 2020; 282: 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.057>
13. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
14. Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7(9): 813-824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
15. Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. COVID-19, crisis y respuesta en salud mental. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2020; 37: 3-4.
16. Solerdelcoll M, Arango C, Sugranyes G. Calling for the integration of children's mental health and protection into COVID-19 responses [en prensa]. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.02.004>

Eva María Samatán-Ruiz<sup>1</sup>   
Pedro Manuel Ruiz-Lázaro<sup>2</sup>

1. Estudiante de 6º de la Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, España.
2. Unidad de trastornos de la conducta alimentaria, Jefe de Sección Psiquiatría Infanto-juvenil. Profesor asociado médico Universidad de Zaragoza Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. I+CS.

**\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

**Pedro Manuel Ruiz Lázaro**  
Correo electrónico: [pmruiz@aragon.es](mailto:pmruiz@aragon.es)

---

*Trastornos de la conducta alimentaria  
en adolescentes durante pandemia  
covid-19: estudio transversal*

*Eating disorders in adolescents during  
the covid-19 pandemic: a cross sectional  
study*

---

**RESUMEN**

**Objetivo:** determinar tipos de comportamientos y gravedad de sintomatología en niños y adolescentes asistidos en una Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) durante el periodo de COVID-19 frente al mismo periodo del año anterior. **Material y Método:** estudio transversal retrospectivo descriptivo con un total de 132 pacientes de 151 reclutados tras su primera visita. Se analizaron características sociodemográficas, valores antropométricos, conductas alimentarias, comportamientos compensatorios y síntomas físicos y emocionales. **Resultados:** 61 pacientes fueron asignados al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2019 y 71 al mismo periodo del 2020. El diagnóstico mayoritario en ambos grupos fue el de anorexia nerviosa restrictiva presentando una incidencia del 53,5% durante el confinamiento. El análisis sugirió una tendencia hacia las conductas restrictivas siendo la disminución entre 10 y 19,9 kg de peso significativa en el grupo de COVID (35,8%) frente al de No COVID (25,5%). La diferencia entre los pacientes categorizados de “alta gravedad”

**ABSTRACT**

**Aim:** to determine the types of behaviors and the severity of the symptoms in children and adolescents who are assisted in the Eating Disorders (ED) Unit of the Hospital Clínico de Zaragoza during the COVID-19 period compared to the same period of the previous year. **Material and method:** a descriptive retrospective cross-sectional study was carried out with a total of 132 of 151 patients who were recruited after their first visit to the Unit. Sociodemographic characteristics, anthropometric values, eating behaviors, compensatory behaviors, and physical and emotional symptoms were analyzed. **Results:** 61 patients were assigned to the period between January 1 and December 31, 2019 and 71 to the same period in 2020. The majority main diagnosis in both groups was restrictive anorexia nervosa, presenting an incidence of 53.5% during the period of confinement. The analysis suggested a trend towards restrictive behaviors, with weight the decrease between 10 and 19.9 kg of weight being significant in the COVID group (35.8%) compared to the Non-COVID group (25.5%). The difference between the patients

frente a los de “baja gravedad” durante la pandemia fue significativa con respecto al periodo anterior, utilizando un modelo de ajuste por edad y sexo ([IC 1,552 - 9,748];  $p=0,003$ ).

**Conclusiones:** Los TCA afectan a una proporción de niños y adolescentes cada vez mayor. Durante el periodo de pandemia se ha observado más gravedad en las categorías con comportamientos más restrictivos y esto ha ido asociado a una mayor pérdida de peso.

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria, síntomas afectivos, Covid-19; SARS CoV-2.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por SARS Cov2 está provocando numerosas consecuencias negativas tanto físicas como psicológicas en materia de salud (1).

Las medidas de restricción establecidas desde marzo de 2020 para controlar la pandemia han incluido limitaciones de tipo económico, social y de estilo de vida que han supuesto una escisión en los hábitos rutinarios de la población general, y más aún en grupos vulnerables como los pacientes con trastornos mentales (2). La vivencia del riesgo de padecer y transmitir una enfermedad infecciosa es un factor de estrés mantenido en toda la población, y más en personas vulnerables.

Dentro de este grupo encontramos los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) cuya prevalencia está aumentando entre la población joven y adolescente de los países desarrollados (3). Su origen multifactorial, su creciente incidencia en la población y sus elevadas tasas de morbimortalidad (4) han hecho que estas patologías adquieran un papel relevante en investigación.

Los TCA se definen como aquellas alteraciones relacionadas con la ingesta de alimentos o con las conductas asociadas a ello, que permanecen en el tiempo y conllevan un deterioro significativo de la salud física y psicosocial (5). Actualmente la clasificación de los diferentes tipos de trastornos de

categorized as “high severity” versus those of “low severity” during the pandemic was significant with respect to the previous period, using an adjustment model for age and sex ([CI 1.552 - 9.748];  $p = 0.003$ ).

**Conclusions:** ED affect an increasing proportion of children and adolescents. During the pandemic period, more severity has been observed in the categories with more restrictive behaviors and this has been associated with greater weight loss.

**Keywords:** Eating disorders; affective symptoms; Covid-19; SARS CoV-2.

la alimentación y sus criterios diagnósticos se pueden encontrar tanto en DSM 5 (6) como en CIE 10 (7) y congregan una aproximación descriptiva de los diferentes síntomas sin establecer una ordenación jerárquica entre ellos.

Las tasas de prevalencia encontradas en la bibliografía científica muestran una gran variabilidad debida probablemente a variaciones en los diseños de estudios, el tamaño de las muestras, las rutinas de evaluación diagnóstica y las características de los pacientes. Se sabe que están en marcha nuevos trabajos de investigación al respecto (8), si bien es cierto que se habla de cifras significativamente mayores cuando se utilizan los criterios del DSM 5 en todas las edades (9).

Se ha observado que los TCA presentan una incidencia creciente en edades tempranas como así muestra un estudio de cohortes retrospectivo llevado a cabo en España que incluyó población pediátrica seguida durante 7 años, donde en torno a un 85% fueron mujeres con una edad media de debut de 13,5 años. Así mismo se comprobó que el diagnóstico mayoritario fue el de anorexia nerviosa (AN) de tipo restrictivo frente al resto (3).

Sin embargo, como se muestra en otro estudio en una población adolescente de entre 12 a 18 años, alrededor de un 16% de mujeres formarían parte de la población de riesgo de padecer un TCA, recogándose una prevalencia total en esta población

de aproximadamente el 4,5%. En este caso, siguiendo los criterios diagnósticos estrictos del DSM-IV la incidencia de AN fue menor que la de bulimia nerviosa (10). (BN).

Los efectos psicológicos que ciertas situaciones de estrés y de aislamiento suponen para los pacientes con alteraciones de su conducta alimentaria han sido descritas en la bibliografía científica (11) y añaden que si la experiencia es negativa sus consecuencias pueden perdurar en el tiempo (12). Sin embargo, las medidas restrictivas implementadas durante el confinamiento de la pandemia por COVID y el miedo a enfermar por la misma no tienen precedentes y ha hecho necesaria una investigación más específica de su impacto en el tratamiento y seguimiento de los TCA.

En uno de estos recientes estudios se ha destacado el deterioro de los síntomas de ansiedad y depresión durante el confinamiento, que fueron asociados con un bajo nivel de autocontrol de los pacientes con TCA. Este empeoramiento de la sintomatología durante los meses que duró el aislamiento, fue relacionado con una menor adaptación de las estrategias de afrontamiento y con un aumento de peso (13).

En un estudio que comparaba a pacientes mayores de 18 años con o sin TCA bajo los efectos de la pandemia se observó la irrupción de conductas compensatorias como la práctica desmesurada de ejercicio físico o la exacerbación de los atracones en los pacientes con BN. Así mismo estos pacientes con BN mostraron una sintomatología postraumática influenciada por la COVID-19, más grave que los que presentaban AN, sugiriendo la posibilidad de que un trauma infantil o el apego inseguro fueran factores predictivos añadidos (14).

En las pruebas científicas cuyo objeto de estudio consideró una población joven se observó, durante el confinamiento, que los adolescentes con TCA presentan una mayor reactivación de sus síntomas tanto compulsivos como restrictivos y afectivos, así como un aumento de riesgo de autolesión y suicidio que hace requerir más visitas para evitar un mayor riesgo de ingreso (15, 16).

El interés por este estudio radica en continuar la línea de investigación iniciada y pretende seguir dando respuesta a los numerosos interrogantes

generados por los efectos de la pandemia y del confinamiento en una población tan vulnerable como los niños y adolescentes con TCA.

La hipótesis principal sugiere que los efectos derivados de la pandemia COVID, tales como la mayor ansiedad e irritabilidad provocan un aumento de las conductas restrictivas y agravan la sintomatología de los niños y adolescentes con TCA.

El objetivo de este estudio es analizar y comparar la incidencia de los TCA en el 2020, bajo los efectos de la pandemia, frente a su incidencia en el año anterior. Así como describir la posible influencia de la pandemia COVID en la gravedad de los trastornos emocionales de los niños y adolescentes que son asistidos en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa, de referencia para menores de 18 años en Aragón, durante el periodo 2019-2020.

## MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal descriptivo retrospectivo que se realizó entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre del 2020. La muestra inicial objeto de esta investigación, comprende sujetos niños y adolescentes menores de 18 años que acuden a su primera visita a la UTCA de HCU Lozano Blesa, de referencia para la Comunidad Autónoma de Aragón.

El presente estudio cumple con las normas éticas y legales aplicables. Ha sido evaluado y posteriormente autorizado por el Comité de Ética de la Comunidad de Aragón CEICA y por la Dirección Médica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa y del Sector III de Aragón.

Como criterios de inclusión se determinó: todo paciente menor de 18 años con criterio diagnóstico de TCA descrito en el DSM-5: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracones, trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (ARFID), trastorno de rumiación, pica, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado o atípico (TCANE). Su primera visita debe estar registrada entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020 y debe tener historia clínica documentada.

Los criterios de exclusión que se determinó fueron: paciente mayor de 18 años, paciente cuya primera visita no estuviera registrada entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2020 y paciente con deterioro cognitivo diagnosticado.

La muestra inicial incluyó a un total de 151 pacientes, de los cuales 132 finalmente cumplieron con los criterios establecidos para participar en el estudio.

Se utilizaron como variables de ajuste la edad, sexo y ocupación parental. Las características de peso, peso ganado (PG) o peso perdido (PP), talla e índice de masa corporal (IMC) se determinaron como variables cuantitativas dependientes antropométricas. Los síntomas físicos, afectivos y sociales como presencia de amenorrea secundaria, conductas restrictivas, purgativas o autoagresivas, número de atracones, manifestaciones de ansiedad, irritabilidad, valoración de autoestima, comportamiento social, actividad física y rendimiento escolar se consideraron variables cualitativas y cuantitativas dependientes y fueron utilizadas como criterios de interpretación para la escala de impresión clínica global (CGI). Se obtienen los datos clínicos por la información clínica escrita por el terapeuta en la historia clínica y mediante la valoración por cuestionarios y escalas validados estandarizados que se realiza en todos los pacientes con el EPQ-J y el MACI de personalidad, Cuestionario de adaptación de Bell, el STAI o STAIC de ansiedad rasgo estado, CEDI-II, Rosenberg de Autoestima, EAT-40, BITE, BSQ, ABOS, CIMEC, EDI-3 y Barrat.

Por último, se definió como variable independiente la exposición o no de los sujetos a la pandemia por COVID-19, agrupando a todos los participantes del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019 como no expuestos a la pandemia COVID-19 y a todos los registrados del 1 al 31 de diciembre de 2020 como expuestos.

Las variables dependientes fueron recodificadas posteriormente para el análisis estadístico. La variable edad se reagrupó en dos: niños menores de edad menor o igual de 12 años y adolescentes de edad igual o mayor de 13 años. Para la variable de ocupación como medida de nivel socioeconómico se utilizó la Guía Europea de Clasificación Socioeconómica (ESeC) que establece 10 categorías profesionales reagrupadas en tres bloques: alto nivel de ocupación (categorías 1 y 2), medio nivel de ocupación (categorías 3, 4, 5, 6)

y bajo nivel de ocupación (categorías 7, 8, 9 y 10). Se valoró la situación profesional del padre y de la madre registrando la de mayor categoría.

La variable de IMC se categorizó en 4 ítems: 0 delgadez extrema (<15 IMC), 1 delgadez (15-17,9 IMC), 2 normopeso (18-25 IMC), 3 sobrepeso/obesidad (>25 IMC). La variable cuantitativa de PG o PP se recodificó en 4 categorías: 0 (PP >20 kg), 1 (PP entre 10,00-19,99 kg), 2 (PP entre 0-9,99 kg), 3 (PG > +/- 2kg si AN, o PP +/- 2 kg si BN o trastorno por atracones en situación de normopeso).

Para valorar la gravedad de la enfermedad se siguió la escala CGI. Se asignaron puntuaciones del 1 al 7 en relación a la presencia de síntomas de los sujetos incluidos en el estudio: estado emocional (ansiedad, irritabilidad), comportamiento social, conductas restrictivas, purgativas y/o compensatorias (ejercicio físico), ingresos hospitalarios y síntomas orgánicos (amenorrea). Se reagruparon en tres categorías de gravedad: alta (puntuaciones 6-7), media (puntuaciones 4-5) y baja gravedad (2-3). No hubo ningún participante con puntuación menor de 2. La variable de *ingreso hospitalario* fue considerada por sí sola categoría alta.

Para que el resultado fuera más preciso y la muestra más homogénea se seleccionó el subgrupo de pacientes cuyas historias registraban la totalidad de los ítems, quedando un listado definitivo de 114 pacientes 58 correspondientes al 2020 y 56 al 2019. La variable de rendimiento escolar se reagrupó en tres categorías alto, medio y bajo rendimiento, fijando clase alta para aquellos sujetos con todas las asignaturas aprobadas, clase media a aquellos que tenían entre 1 y 3 asignaturas suspendidas y baja con más de 3 asignaturas suspendidas.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v23.0 con la recta de regresión logística multinomial, usando como variable dependiente la escala de impresión clínica de gravedad y como variable independiente la presencia o no de COVID (variable dicotómica). Se empleó la Chi cuadrado de Pearson. Se establecieron dos modelos de ajuste: M1 en el que se incluyeron las variables de edad y sexo donde y M2 conteniendo las variables de edad, sexo y ocupación.

En el subanálisis estadístico de la diferencia de medias en pacientes con anorexia nerviosa, se aplicó el test de Student para la muestra de IMC dada la

homocedasticidad de sus varianzas. Las varianzas de las medias correspondientes a peso perdido fueron no homogéneas, por lo que en este caso se empleó el test de Welch. Todas las varianzas fueron previamente contrastadas con la prueba de Levene.

## RESULTADOS

La muestra del estudio incluyó a un total de 132 sujetos, 61 de ellos pertenecientes al periodo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019 y 71 al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2020, tal y como representa la [tabla 1](#). De ellos un 88,6% fueron mujeres, porcentaje que aumentó hasta un 90,1% durante el periodo de pandemia.

El grupo de edad mayormente afectado por las alteraciones de la conducta alimentaria fue la población adolescente (87,1%) frente al 12,9% de los menores de 13 años, siendo esta diferencia superior en la era COVID-19.

Los sujetos incluidos en el estudio procedían de un entorno con alto nivel de ocupación en la mayor parte de los casos (34,1%) apreciándose un incremento en el 2020 (38%) frente al 2019 (29,5%).

En relación a los tipos de TCA, la [tabla 2](#) representa cómo la AN restrictiva fue la patología predominante en ambos periodos observándose un incremento (53,5%) en periodo COVID frente al NO COVID (42,6%). ( $p=0,262$ ). Estos resultados están alineados con las variables de IMC y la cantidad de peso perdido que contemplan mayor porcentaje en los valores más restrictivos durante el periodo COVID tanto en el IMC (<18 con un porcentaje de 46,5%) como en la cantidad de peso perdido (PP [0-10kg] con un porcentaje de 44,8%) siendo este último, valor de  $p$  estadísticamente significativo ( $p<0,05$ ). El porcentaje de participantes que mostró pérdidas de más de 20 kg en el 2020 fue del doble con respecto al año anterior (13,4% vs 6,4%) con una  $p<0,05$ .

**Tabla 1:** Características sociodemográficas de los sujetos incluidos en el estudio.

		2020 (COVID) n = 71	2019 (NO COVID) n = 61	Total Covid/No covid N=132	Chi <sup>2</sup> de Pearson	Valor de p**
<b>Sexo</b>	<i>Mujer</i>	64 (90,1)	53 (86,9%)	117 (88,6%)	0,345	0,557
	<i>Hombre</i>	7 (9,9%)	8 (13,1%)	15 (11,4%)		
<b>Edad</b>	<i>Niños (4-12 años)</i>	6 (8,5%)	11 (18%)	17 (12,9%)	2,685	0,101
	<i>Adolescentes (&gt; 13 años)</i>	65 (91,5%)	50 (82%)	115 (87,1%)		
<b>Ocupación</b>	<i>Baja</i>	19 (26,8%)	16 (26,2%)	35 (26,5%)	13,779	0,008
	<i>Media</i>	22 (31%)	18 (29,5%)	40 (30,3%)		
	<i>Alta</i>	27 (38%)	18 (29,5%)	45 (34,1%)		
	<i>ND*</i>	3 (4,2%)	9 (14,8%)	12 (9,1%)		

**ND:** no hay datos; n: número de pacientes de cada grupo; N: número de pacientes en total  
**Valor de p\*\*:** significación asintótica bilateral  $p < 0,05$

**Tabla 2.** Tipos de TCA y características antropométricas de los participantes

		2020 (COVID) n = 71	2019 (NO COVID) n = 61	Total Covid/No covid N=132	Chi2 de Pearson	Valor de p*
Tipo TCA	ANR	38 (53,5%)	26 (42,6)	64 (48,5%)	6,482	0,262
	ANP	2 (2,8%)	5 (8,2%)	7 (5,3%)		
	BN	10 (14,1%)	5 (8,2%)	15 (11,4%)		
	TA	3 (4,2%)	6 (9,8%)	9 (6,8%)		
	TANE	18 (25,4%)	18 (29,5%)	36 (27,3%)		
	TE/RIA	0 (0,0%)	1 (1,6%)	1 (0,8%)		
IMC	<15	10 (14,1%)	8 (13,1%)	18 (13,6%)	1,341	0,719
	15-17,9	33 (46,5%)	23 (37,7%)	56 (42,4%)		
	18-25	20 (28,2%)	21 (34,4%)	41 (31,1%)		
	>25	8 (11,3%)	9 (14,8%)	17 (12,9%)		
	>20	9 (13,4%)	3 (6,4%)	12 (10,5%)		
Peso perdido (Kg)	10 -19,9	24 (35,8%)	12 (25,5%)	36 (31,6%)	9,793	0,020
	0 - 9,9	30 (44,8%)	20 (42,6%)	50 (43,9%)		
	>1	4 (6%)	12 (25,5%)	16 (14%)		

**TCA:** trastorno de la conducta alimentaria; **ANR:** anorexia nerviosa restrictiva; **ANP:** anorexia nerviosa purgativa; **BN:** bulimia nerviosa; **TA:** trastorno por atracones; **TANE:** trastorno alimentario no especificado; **TE/RIA:** trastorno de evitación/restricción de la ingesta alimentaria; **IMC:** índice de masa corporal; **N:** número de pacientes totales; **n:** número de pacientes de cada grupo  
**Valor de p\*:** significación asintótica bilateral  $p < 0,05$

En la [tabla 3](#), los resultados del análisis realizado en el subgrupo de pacientes con anorexia nerviosa muestran una diferencia significativa tanto en la media de porcentaje como en la media de cantidad de peso perdido, entre el periodo COVID y NO COVID. El valor de la diferencia de medias de IMC fue menor en el grupo de exposición a COVID siendo su p no significativa.

Respecto a los indicadores de gravedad, la [tabla 4](#) refleja los patrones adoptados por los sujetos del presente estudio. De nuevo en el 2020 las conductas restrictivas suponen un valor más elevado (71,8%) frente al año anterior (65,6%) ( $p=0,090$ ), si bien la mayoría de los participantes realizaba tres comidas al día en ambos periodos (33,3%). El porcentaje

mayoritario de comportamientos no purgativos refuerza este resultado con una incidencia de 51,5% en ambos periodos, siendo mayores las conductas purgativas en el 2019 (36,1%) frente al 2020 (23,9%). El ejercicio físico utilizado como método compensatorio y de reducción de calorías tuvo una dominancia suprema en el periodo COVID-19 (77,5%) frente al 29,5% en el NO COVID-19.

Un mayor porcentaje de la muestra manifestó síntomas físicos tales como amenorrea secundaria, presente en el 49,3% de los adolescentes durante el 2020. Esta cifra se reduce a la mitad en el 2019 cuyo valor es del 24,6% ( $p < 0,004$ ) estadísticamente significativo.

**Tabla 3:** Diferencia de medias de IMC y peso perdido (Kg y %) en pacientes con Anorexia Nerviosa (restrictiva+purgativa) en el periodo COVID (año 2020) respecto al NO COVID (año 2019)

ANR+ANP	Media 2020 (COVID) n = 40	Media 2019 (NO COVID) n = 31	Dif Medias (IC 95%)	p de Dif Medias	Potencia de contraste
<b>IMC</b>	15,945 (DE 1,46)	16,54 (DE 1,79)	0,59 (-0,18 a 1,36)	0,1306	64,9 %
<b>Peso perdido (kg)</b>	12,2 (DE 5,51)	8,70 (DE 8,40)	-3,5 (-7 a 0)	0,0497	95,9 %
<b>Peso perdido (%)</b>	22 (DE 7,42)	15,33 (DE 11,2)	-6,67 (-11,34 a -2)	0,0060	100 %

ANR: anorexia nerviosa restrictiva; ANP: anorexia nerviosa purgativa; IMC: índice de masa corporal;

Dif: diferencia; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; n: número de pacientes de cada grupo

\*Los test estadísticos aplicados han sido el **test t Student** para IMC (varianzas homogéneas) y el **test de Welch** para *peso perdido* (varianzas no homogéneas)

Las manifestaciones de ansiedad (62,9%), e irritabilidad (55,3%) fueron elevadas en ambos periodos, siendo ligeramente superior el porcentaje de irritabilidad observada en el periodo COVID (59,1%) frente al NO COVID (50,8%). ( $p=0,547$  para ansiedad y  $p=0,474$  para irritabilidad respectivamente). La baja autoestima predominó frente a una autoestima normal en ambas etapas (56,8% vs 11,4%) con datos ligeramente elevados en el 2020 frente al 2019 (57,7% vs 55,7%); si bien el porcentaje de conductas autoagresivas fue ligeramente inferior en el periodo COVID (16,9%) con respecto al NO COVID (19,7%).

El rendimiento escolar de la mayoría de los sujetos de la muestra se situó en un nivel alto en ambos grupos (53%) aumentando su valor en el 2020 (59,2%).

En la [tabla 5](#), se muestra cómo los valores de gravedad registrados como “categoría alta” fueron los más elevados en la totalidad del periodo observándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) entre los participantes del grupo COVID (65,5%) con respecto al grupo NO COVID (33,9%). En el 2019 la categoría predominante fue la de “baja gravedad” (44,6%).

Los resultados del análisis estadístico realizado con una regresión logística multinomial, muestran en el modelo de ajuste básico  $M_1$  (edad-sexo) que la diferencia entre los pacientes de “alta gravedad

frente a baja gravedad” en el periodo COVID fue significativa ( $p=0,004$ ) en comparación con el periodo NO COVID. Como representa la [tabla 6](#), el valor del coeficiente beta fue de 1,358 con un intervalo de confianza (IC) comprendido entre (1,552-9,748). Estos resultados demuestran parecen indicar que la variable independiente COVID-19 es predictor de mayor gravedad en los sujetos del estudio. Se realizó un segundo modelo de ajuste completo por edad, sexo y ocupación donde el valor de B disminuye ligeramente (1,298) hecho que añade mayor precisión a pesar de perder algo de efecto. El valor de p en  $M_2$  sigue siendo estadísticamente significativo con un valor de 0,007.

Durante el periodo de pandemia se ha observado más gravedad en las categorías con comportamientos más restrictivos y esto ha ido asociado a una mayor pérdida de peso.

En línea con estos resultados observamos en la [tabla 7](#) cómo los indicadores asistenciales acumulados de la Unidad de trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Clínico Lozano Blesa durante el periodo de exposición al COVID-19 son superiores frente al mismo periodo del año anterior resaltando un 35% más de ingresos y una mayor necesidad de terapia individual psicológica (28,7%).

**Tabla 4:** Indicadores de gravedad de los sujetos incluidos en el estudio

		2020 (COVID) n = 71	2019 (NO COVID) n = 61	Total Covid/No covid N=132	Chi <sup>2</sup> de Pearson	Valor de p*
Conductas restrictivas	SI	51 (71,8%)	40 (65,6%)	91 (68,9%)	4,815	0,090
	NO	6 (8,5%)	13 (21,3%)	19 (14,4%)		
	ND	14 (19,7%)	8 (13,1%)	22 (16,7%)		
Comidas/día	0	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)	7,692	0,262
	1	5 (7,0%)	1 (1,6%)	6 (4,5%)		
	2	18 (25,4%)	12 (19,7%)	30 (22,7%)		
	3	20 (28,2%)	24 (39,3%)	44 (33,3%)		
	4	7 (9,9%)	10 (16,4%)	17 (12,9%)		
	5	7 (9,9%)	8 (13,1%)	15 (11,4%)		
	ND	13 (18,3%)	6 (9,8%)	19 (14,4%)		
Atracones	SI	19 (26,8%)	22 (36,1%)	41 (31,1%)	2,323	0,313
	NO	38 (53,5%)	32 (52,5%)	70 (53%)		
	ND	14 (19,7%)	7 (11,5%)	21 (15,9%)		
Purgas	SI	17 (23,9%)	22 (36,1%)	39 (29,5%)	2,368	0,306
	NO	39 (54,9%)	29 (47,5%)	68 (51,5%)		
	ND	15 (21,1%)	10 (16,4%)	25 (18,9%)		
EFC	SI	55 (77,5%)	18 (29,5%)	73 (55,3%)	6,070	0,108
	NO	15 (21,1%)	43 (70,5%)	58 (43,9%)		
	ND	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)		
Amenorrea secundaria	SI	35 (49,3%)	15 (24,6%)	50 (37,9%)	11,106	0,004
	NO	34 (47,9%)	46 (75,4%)	80 (60,6%)		
	ND	2 (2,8%)	0 (0,0%)	2 (1,5%)		
Ansiedad	SI	44 (62,0%)	39 (63,9%)	83 (62,9%)	1,207	0,547
	NO	4 (5,6%)	6 (9,8%)	10 (7,6%)		
	ND	23 (32,4%)	16 (26,2%)	39 (29,5%)		
Irritabilidad	SI	42 (59,1%)	31 (50,8%)	73 (55,3%)	2,509	0,474
	NO	4 (5,6%)	5 (8,2%)	9 (6,8%)		
	ND	25 (35,2%)	25 (41%)	50 (37,9%)		
Autoagresión	SI	12 (16,9%)	12 (19,7%)	24 (18,2)	5,618	0,060
	NO	35 (49,3%)	18 (29,5%)	53 (40,2%)		
	ND	24 (33,8%)	31 (50,8%)	55 (41,7%)		
Autoestima	BAJA	41 (57,7%)	34 (55,7%)	75 (56,8%)	0,345	0,841
	NORMAL	7 (9,9%)	8 (13,1%)	15 (11,4%)		
	ND	23 (32,4%)	19 (31,1%)	42 (31,8%)		
Rendimiento escolar	ALTO	42 (59,2%)	28 (45,9)	70 (53%)	30,724	<0,001
	MEDIO	9 (12,7%)	12 (19,7%)	21 (15,9%)		
	BAJO	7 (9,9%)	6 (9,8%)	13 (9,8%)		
	ND	13 (18,3%)	15 (24,6%)	28 (21,3%)		

EFC: Ejercicio físico compensatorio; ND: no hay datos; N: número de pacientes totales; n: número de pacientes de cada grupo  
 Valor de p\*: significación asintótica bilateral p<0,05

**Tabla 5.** Escala de gravedad. Influencia de Periodo Covid/no Covid en la gravedad de los síntomas de los sujetos incluidos en el estudio.

		2020 (COVID) n = 71	2019 (NO COVID) n = 61	Total Covid/No covid N=132	Chi2 de Pearson	Valor de p*
Escala de gravedad (CGI)	BAJA (2-3)	12 (20,7%)	25 (44,6%)	37 (32,5%)	11,669	0,003
	MEDIA (4-5)	8 (13,8%)	12 (21,4%)	20 (17,5%)		
	ALTA (6-7)	38 (65,5%)	19 (33,9%)	57 (50%)		

CGI: Clinical Global Impression; N: número de pacientes totales; n: número de pacientes de cada grupo.

Valor de p\*: significación asintótica bilateral p&lt;0,05

**Tabla 6.** Regresión logística multinomial: Estudio del efecto de la exposición al periodo COVID (año 2020) como predictor de la gravedad en los pacientes con TCA.

	Coefficiente B	Intervalo de confianza	Valor de p
M1 Exposición COVID (año 2020) Ajuste básico	1,358	[1,552-9,748]	0,004
M2 Exposición COVID (año 2020) Ajuste completo	1,298	[1,435-9,345]	0,007

M<sub>1</sub> modelo de ajuste realizado por edad y sexoM<sub>2</sub>: modelo de ajuste realizado por edad, sexo y ocupación

El grupo de referencia tomado para el presente análisis estadístico fue el año de no exposición al COVID (año 2019)

**Tabla 7:** Indicadores asistenciales de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Clínico Lozano Blesa

	2019 (Acum)	2020 (Acum)	Diferencia
Pacientes nuevos	70	81	+ 15,7 %
Pacientes atendidos	1851	2112	+ 14,1 %
Nº Ingresos	20	27	+ 35 %
Estancia media (días)	14,65	17,88	+ 22 %
Demora media de ingresos	7	10	+ 42,9 %
Sesiones terapia individual psicología	811	1044	+ 28,7 %
Sesiones individuales enfermería	2050	2083	+ 1,6 %

Acum: acumulado total en el año.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se han evaluado las consecuencias provocadas por el efecto de la pandemia CoVID-19 en el grupo de niños y adolescentes que acuden a la UTCA del Hospital Clínico de Zaragoza con respecto al mismo periodo del año anterior. En términos generales se ha observado en los participantes, un empeoramiento de los síntomas asociados a los TCA durante el periodo sujeto a los efectos de la pandemia. El número de pacientes que solicitó una primera visita a la unidad fue un 15,7% más en el 2020 que en el 2019. El estado en el que se encontraban a su llegada fue significativamente más grave, hecho que pudo asociar un aumento tanto de la tasa de ingresos (35%) como del número de sesiones de intervenciones psicológicas requeridas (28,7%). Estos resultados están en consonancia con otros encontrados en la literatura científica preexistente. Nandini Natta et al, describe cómo a pesar de que al inicio de la pandemia la media de ingresos descendió un 59%, su patología estaba más cronicada, con mucho menor peso y con manifestaciones vitales de mayor gravedad (17). En el Centro Nacional de información sobre trastornos alimentarios de Canadá (NEDIC) hablan de una diferencia significativa en la incidencia de casos y en su frecuencia entre el periodo pandémico y los años anteriores (609 en 2020 frente a 572 y 394 en el 2019 y 2018 respectivamente). El 73,2% de los sujetos identificaron mediante encuestas telemáticas que sus síntomas habían empeorado durante la cuarentena y de igual modo hubo tasas más altas de síntomas como ansiedad (28%) y depresión (18%) asociados a los TCA en el 2020 en comparación con el 2019 (8,3% ansiedad y 3,5% depresión) (17).

Sin embargo, existen pruebas científicas de estudios que parecen indicar de forma contradictoria que durante la era pandémica no se ha deteriorado significativamente el estado de salud mental y físico de toda la población joven con patología alimentaria. Una muestra de adolescentes y adultos con TCA reclutada en diferentes unidades de asistencia pública y privada de Barcelona, manifestó mejoría

durante la pandemia. Según describen en su estudio, los pacientes con anorexia nerviosa (AN) y BN no experimentaron cambios significativos de peso ni de IMC, atribuyendo como posible causa la edad y un entorno de mayor control externo. No obstante, dentro del grupo de pacientes con AN se encontraron diferencias significativas, tanto en el impacto negativo de los síntomas y comportamientos alimentarios (-2,5) como en los cambios de control emocional (-1,1) (18).

Respecto al análisis de los diferentes tipos de TCA y sus manifestaciones clínicas, diversos estudios recogen un porcentaje muy superior de ANR frente al resto, así como una mayor tendencia de comportamientos restrictivos durante el periodo de COVID-19. Tras ocho semanas de confinamiento, la institución CAEDU llevó a cabo un estudio con 1818 pacientes. La ANR fue el diagnóstico predominante en el 69% de los pacientes ambulatorios y en el 93,3% de los atendidos en el hospital de día. En más del 50% de los casos, el empeoramiento clínico se asoció con la restricción de alimentos y el aumento de ejercicio secundario a la reactivación del miedo a ganar peso. De igual manera, el 41,9% de los pacientes con TCA manifestaron una reactivación de los síntomas de su enfermedad alimentaria significativamente más pronunciada en los adolescentes que en el grupo de menor edad, en contraste con el grupo control sano (16).

En línea con la investigación citada, los datos sociodemográficos del presente estudio, reflejan que la mayor parte de los pacientes que acudieron a solicitar ayuda a la UTCA en el 2020, fueron adolescentes de entre 13 y 18 años (91,5%) de género femenino (90,1%) y cuyo nivel de ocupación se encontraba en la categoría más alta (38%). Estos datos van en consonancia con los obtenidos en una cohorte de 35 pacientes pediátricos con TCA seguida durante más de 5 años, cuyo diagnóstico principal fue el de ANR (77,1%). El porcentaje de mujeres fue de 85,7% y su edad media al debut de 13,5 años (3).

Del mismo modo, en la presente investigación se observa un porcentaje superior de ANR (53,5%) frente al resto de patologías relacionadas con la ingesta y una

mayor tendencia a llevar a cabo comportamientos de tipo restrictivo (71,8%); si bien ambas variables no presentaron diferencias significativas ( $p=0,262$  y  $p=0,090$  respectivamente). El grupo de pacientes con IMC  $<18$  kg/m<sup>2</sup> (60,6%) predominó sobre el resto, y aquellos con pérdidas de peso de entre 10 y 20 kg (35%) presentaron una diferencia significativamente superior con respecto a los que reflejaron la misma pérdida en el mismo periodo del año anterior, siendo esta diferencia de más del doble si las pérdidas de peso eran de más de 20 kg (13,4% frente a 6,4% con una  $p<0,05$ ).

El análisis realizado en el subgrupo de pacientes que presentaban anorexia nerviosa volvió a reflejar esta mayor tendencia restrictiva durante el periodo COVID con una diferencia significativa tanto en el porcentaje como en la cantidad de peso perdido. Sin embargo, aunque el valor de la media de IMC fue menor, la  $p$  no llegó a ser estadísticamente significativa lo que podría ser debido a la limitación del tamaño muestral.

La expresión de síntomas emocionales como ansiedad e irritabilidad fue elevada en ambos grupos y aunque no se encontraron diferencias significativas entre ellos ( $p=0,547$  y  $p=0,474$  respectivamente), la manifestación de síntomas físicos como la amenorrea secundaria, fue significativamente mayor en el grupo COVID (49,3% con una  $p=0,004$ ). La realización de actividad física fue usada como estrategia compensadora en un 77,5% de los participantes durante el año de pandemia registrando un aumento considerable frente al año anterior (29,5%). Otros estudios observacionales como el realizado en la Clínica Ambulatoria de la Universidad de Florencia, coinciden en presentar elevadas tasas de ejercicio compensatorio en los pacientes con TCA durante el confinamiento frente a un grupo control ( $7,56 \pm 11,34$  vs  $2,33 \pm 5,76$ ;  $p=0,014$ ) (14).

En un metaanálisis que incluyó diecisiete estudios, se analizó el riesgo a largo plazo de las personas que presentaban comportamientos restrictivos de alimentación y otras conductas compensatorias. Las reducciones de riesgo de estas conductas oscilaron entre el 20,0% y el 39,8% para el seguimiento de 10 años y el 24,7% y el 74,8% para 15 años o más.

Sin embargo, se encontraron matices de mayor o menor significación estadística en función del tipo de trastorno alimentario, la duración del seguimiento y la edad media inicial (19). Habrá que seguir a nuestros pacientes COVID y NO COVID en el tiempo para ver su evolución sintomática. Y si existen diferencias entre ellos.

Entre las limitaciones, a tener en cuenta en este trabajo de investigación, se recogen la posible variabilidad de los resultados que la omisión de ciertos datos no reflejados en las historias clínicas pueda haber ocasionado. Se trata de un estudio retrospectivo basado en datos de historias clínicas, aunque se han utilizado escalas clínicas y cuestionarios validados estandarizados en la evaluación de los síntomas clínicos.

El tamaño muestral es limitado, al recoger los datos de los casos de una unidad terciaria especializada pública y no los de las unidades de salud mental infanto-juvenil secundarias o de centros privados.

Por otro lado, se intentaron establecer dos periodos equitativos para comparar los dos grupos, sin embargo, el periodo propiamente definido como pandemia y confinamiento y los efectos derivados de él se iniciaron a principios del mes de marzo del 2020. Lo que puede sesgar los resultados.

Se puede discutir no haber elegido comparar los pacientes cuya primera vista se realizó de marzo a diciembre de 2020 durante el periodo de confinamiento y a posteriori y comparar con el mismo periodo de 2019 sin pandemia.

Se optó por elegir el año natural de enero a diciembre para la comparación porque el primer caso por la covid-19 en España fue a finales de enero con crecimiento paulatino en la península desde finales de febrero con creciente miedo y alarma social ya en febrero y cierre de la actividad educativa y estado de alarma con confinamiento en marzo de 2020. Y no todo 2020 ha sido un periodo de confinamiento, pese a las limitaciones de la movilidad. Además, respecto al número de primeros días en enero de 2020 eran sólo dos y en febrero once, la mayoría a final de mes.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en una muestra de 132 niños y adolescentes con TCA sugirieron un aumento significativo de los síntomas de gravedad durante el periodo de pandemia por COVID-19 frente al mismo periodo del año anterior. Plantea la ANR como el diagnóstico mayoritario, seguido del TCANE y separada de ellos, la BN. Se advirtió un patrón restrictivo predominante, con disminuciones de peso significativas y un deterioro generalizado de la salud física y mental de esta población. La pluralidad de factores desencadenantes de los TCA, sus datos de prevalencia y los síntomas de estrés desencadenados tras una pandemia y confinamiento, abren una nueva etapa de investigación en la era COVID-19 que requiere de una investigación exhaustiva. Por ello, con los resultados de este trabajo, se ha querido aportar pruebas científicas sobre las consecuencias que un hecho tan insólito e inesperado, puede ocasionar entre los niños y adolescentes. Conocer con mayor profundidad los efectos que la pandemia ha provocado en esta población podrá ser útil para ayudarles a controlar su patología y recuperar su sentido de vida.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no reciben ningún tipo de financiación, no existiendo conflicto de intereses en relación con el presente proyecto.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

No existen para este estudio.

## CONTRIBUCIONES

EMSR llevó a cabo el análisis estadístico y la redacción del artículo. PMRL realizó el diseño de la investigación y colaboró en la redacción del artículo.

## REFERENCIAS

1. Imran N, Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci* 2020; 36(5): 1106-1116.
2. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms [en línea]. *Int J Eat Disord* 2020; 53 (7): 1166-1170. <https://dx.doi.org/10.1002/eat.23318>
3. Dueñas Disotuar Y, Murray Hurtado M, Rubio Morell B, Murjani Bharwani HS, Jiménez Sosa A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: Una patología en auge [en línea]. *Nutr Hosp* 2015; 32(5): 2091-2097. <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9662.pdf>
4. Calcedo Giraldo JG. Prevención en trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Educación Secundaria en Cantabria [Doctorado]. Universidad de Cantabria; 2016. [https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis\\_JGCG.pdf?sequence=1](https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8422/Tesis_JGCG.pdf?sequence=1)
5. Porter RS, Kaplan JL, Lynn RB, Reddy MT. *El Manual Merck*. 20.a ed. Madrid: Panamericana; 2020.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: OMS; 2001.

8. Meller Dias de Oliveira J, Buttini Oliveira L, Pauletto P, Lehmkuhl K, Bolan M, Guerra E et al. International prospective register of systematic reviews emotional, behavioral and psychological conditions in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review [en línea]. PROSPERO 2020; 1-10. [https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display\\_record.php?ID=CRD42020183878](https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020183878)
9. Dahlgren CL, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: A systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *J Eat Disord* 2017; 5: 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
10. Ruiz-Lázaro PM. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en España [en línea]. *An Esp Pediatr* 1998; 49(4): 435-436. <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-4-22.pdf>
11. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L et al. Conséquences psychopathologiques du confinement [en línea]. *Encephale* 2020; 46(3): S43-S52. <https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence [en línea]. *The Lancet* 2020; 395(10227): 912-920. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
13. Baenas I, Caravaca-Sanz E, Granero R, Sánchez I, Riesco N, Testa G et al. COVID-19 and eating disorders during confinement: Analysis of factors associated with resilience and aggravation of symptoms [en línea]. *Eur Eat Disord Rev* 2020; 28(6): 855-863. <https://dx.doi.org/10.1002/erv.2771>
14. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls [en línea]. *Int J Eat Disord* 2020; 53(11): 1855-1862. <https://dx.doi.org/10.1002/eat.23368>
15. Scharmer C, Martinez K, Gorrell S, Reilly EE, Donahue JM, Anderson DA. Eating disorder pathology and compulsive exercise during the COVID-19 public health emergency: Examining risk associated with COVID-19 anxiety and intolerance of uncertainty. *Int J Eat Disord* 2020; 53(12): 2049-2054. <https://doi.org/10.1002/eat.23395>
16. Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, Villaseñor Á, Yáñez S, Muñoz R et al. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *Eur Eat Disord Rev* 2020; 28(6): 864-870. <https://doi.org/10.1002/erv.2763>
17. Datta N, Derenne J, Sanders M, Lock JD. Telehealth transition in a comprehensive care unit for eating disorders: Challenges and long-term benefits. *Int J Eat Disord* 2020; 53(11): 1774-1779. <https://doi.org/10.1002/eat.23348>
18. Fernández-Aranda F, Munguía L, Mestre-Bach G, Steward T, Etxandi M, Baenas I et al. COVID Isolation Eating Scale (CIES): Analysis of the impact of confinement in eating disorders and obesity-A collaborative international study. *Eur Eat Disord Rev* 2020; 28(6): 871-883. <https://doi.org/10.1002/erv.2784>
19. Romano KA, Heron KE, Amerson R, Howard LM, MacIntyre RI, Mason TB. Changes in disordered eating behaviors over 10 or more years: A meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2020; 53(7): 1034-1055. <https://doi.org/10.1002/eat.23288>

---

### LISTA DE COMPROBACIÓN PARA LA PREPARACIÓN DE ENVÍOS

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

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

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

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

### DIRECTRICES PARA AUTORES/AS

La *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* (abreviado: Rev Psiquiatr Infanto-Juv), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría 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](http://www.unav.es/cdb/ammhelsinki2.pdf)), también desarrolladas en los Uniform

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

## 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN

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

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

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

## 3. CASOS CLÍNICOS

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

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

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

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

## 4. CARTAS AL DIRECTOR

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

## 5. NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

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

## 6. AGENDA

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

## 7. NÚMEROS MONOGRÁFICOS

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

considerados números extra o suplementarios de los números trimestrales regulares.

## SOBRE EL CONTENIDO

### TABLAS Y FIGURAS

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

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

### REFERENCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### REVISIÓN Y REVISIÓN EXTERNA (PEER REVIEW)

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

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

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

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

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

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

### POLÍTICA DE PRIVACIDAD

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

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

Información básica sobre protección de datos

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

### RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

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

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

### FINALIDAD

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

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

### LEGITIMACIÓN

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

## CÓDIGO DE ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN

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

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

## DEBERES DE LOS AUTORES

### NORMAS DE INFORMACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

### **RECONOCIMIENTO DE LAS FUENTES**

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

### **LA AUTORÍA DEL DOCUMENTO**

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

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

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

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

### **DEBERES DE LOS EDITORES**

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

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

#### **JUEGO LIMPIO**

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

## CONFIDENCIALIDAD

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

## DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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

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

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

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

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

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

## DEBERES DE LOS REVISORES

### CONTRIBUCIÓN A LAS DECISIONES EDITORIALES

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

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

### PRONTITUD

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

### CONFIDENCIALIDAD

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

### NORMAS DE OBJETIVIDAD

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

### RECONOCIMIENTO DE FUENTES

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

### DIVULGACIÓN Y CONFLICTO DE INTERESES

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