

Informe

Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19

Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica



La plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España constituida por las siguientes asociaciones:

- Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, sección de Infancia y Adolescencia (AEPCP)
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)
- Asociación Nacional de Psicólogos clínicos y Residentes (ANPIR)
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)
- Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPYRNA)

La Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de la Salud Mental- Sección Infantil (AEN-PSM) forma parte de la plataforma, pero por cuestiones de organización no ha participado en este trabajo.



Aclaraciones:

Este es un documento realizado por profesionales de las asociaciones participantes y en los que se ha pedido opinión a otros profesionales o a asociaciones de familias con problemas de salud mental o sensibles a los problemas de la infancia y adolescencia y refleja las opiniones de los autores.

Las conclusiones, recomendaciones, investigaciones, necesidades o propuestas son fruto de un proceso colectivo de consenso de los miembros de la plataforma y ha sido consensuado por las Juntas directivas de las asociaciones participantes. Por lo que reflejan los elementos más significativos de la reflexión, fruto de la revisión y la experiencia vivida y percibida

© De la obra: Los autores

© De esta edición: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Editado por Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

C/ Arturo Soria, n.º 311, 1º B

28033 Madrid (España)

e-mail: fepsm@fepsm.org

Primera edición 2020

N.º de páginas: 156

ISBN de esta edición: 978-84-09-21734-2

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares.

La Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores de los capítulos del libro.

Coordinan:

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA.

Fernando González Serrano. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. SEPYPNA.

Alma Martínez de Salazar Arboleas, F.E.A. Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Celso Arango López. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Catedrático de Psiquiatría UCM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. SEP.

Gloria Bellido Zanin. Psicóloga Clínica. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. Centre d'Higiene Mental (CHM) Les Corts. Barcelona. ANPIR

Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA.

Autores:

(orden alfabético)

Alma Martínez de Salazar Arboleas, F.E.A. Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Àngels Morral Subirà. Terapeuta Psicomotriz especializada en Trastorno del Espectro Autista. Centro de Tratamientos Carrilet, docente y coordinadora del grupo de supervisión de abordaje corporal en TEA.

Antonia Martínez Pérez. Psicóloga Clínica. Profesora Asociada, Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA.

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA.

Celso Arango López. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Catedrático de Psiquiatría UCM. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. SEP.

Concha López-Soler. Psicóloga Clínica. Prof^a. Titular. Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia.

Daniel Cruz Martínez. Psicólogo Clínico. Hospital San Juan de Dios de Barcelona. SEPYPNA

Debbie Fuentes-Casany, Psicóloga Clínica Especialista, Programa de Soporte a Primaria Infanto-juvenil de la Selva Marítima (Institut d'Assistència Sanitària, Girona). ANPIR.

Fernando González Serrano. Psiquiatra. Bilbao. SEPYPNA.

Gloria Bellido Zanin. Psicóloga Clínica. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. Centre d'Higiene Mental (CHM) Les Corts. Barcelona. ANPIR

Isabel Cuellar Fernández. Psicóloga Clínica, Hospital San Carlos, Madrid, AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Javier Royo Moya. Psiquiatra. Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud. SEP.

Júlia Miralbell Blanch: Psicóloga y Neuropsicóloga. Centro de Diagnóstico y Centro de Investigación y Formación Carrilet. Departamento de psicología clínica y psicobiología, Universidad de Barcelona (UB).

Laura Pina Camacho. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. SEP.

Lorena Morago, Psicóloga Clínica Especialista, Hospital de día de adolescentes de Badalona, Fundación Vidal i Barraquer (Barcelona). ANPIR.

M^a Dolores Moreno Pardillo. Psiquiatra. Unidad de Adolescentes. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón Madrid. Profesora asociada de Psiquiatría Universidad Complutense. Madrid. AEPNYA.

María Tajés Alonso. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. SEP.

Marina Mestres Martorell: Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centro de Investigación y Formación Carrilet. Espai Essen Lleida. Profesora asociada de la Universidad de Lleida (UdL).

Montserrat Graell Berna. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. AEPNYA.

Rebeca González Pinillos. Psicóloga Clínica Especialista. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Asistencial de Palencia. ANPIR.

Revisores

Roque Prego Dorca. Psiquiatra. U.S.M. I-J. Servicio de Psiquiatría. HUMarques de Valdecilla. Santander. Servicio Cántabro de Salud.

M^a Dolores Gómez García. Psiquiatra. USMIJ - U.G.C.Salud Mental.Hospital de Valme.A.G.S.Sur de Sevilla.

Las asociaciones profesionales de psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales enfermería y el resto de las profesiones con dedicación a la Salud Mental que trabajan en la red pública o privada, tienen entre sus objetivos la investigación y el abordaje desde el conocimiento científico los problemas de salud mental y, en nuestro caso, en el ámbito de la infancia y adolescencia.

Este tiempo que hemos denominado de la era del COVID-19 ha tenido, tiene y va a tener una consecuencia en las dinámicas sociales que va a incidir en la forma de expresar la enfermedad mental y en la forma de atenderla.

Como indica Naciones Unidas recientemente, aunque la crisis de COVID-19 es, en primer lugar, una crisis de salud física tiene las semillas, si no se toman medidas, de una gran crisis de salud mental también. La salud mental, que es crítica para el buen funcionamiento de la sociedad, debería estar al frente y en el centro de la respuesta de cada país a la pandemia COVID-19 y su recuperación. La salud mental y el bienestar de sociedades enteras se han visto gravemente afectadas por esta crisis y son una prioridad que debe abordarse con urgencia.(1)

Los/as niños/as y adolescentes son una población especialmente vulnerable al desarrollo de trastornos de salud mental en esta pandemia, trastornos que representan una de las principales causas de la carga relacionada con la salud, y suponen entre el 15 y el 30% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos durante las primeras tres décadas de la vida (2). En este sentido los responsables de la salud pública, la atención sanitaria y la salud mental deben ayudar a minimizar las potenciales consecuencias psicosociales negativas de la pandemia para prevenir posibles trastornos mentales en este rango de edad. Desde el punto de vista de la gestión sanitaria la importancia de la inversión en la salud, educación y desarrollo de los/as niños/as y adolescentes tiene beneficios que afectarán a la vida futura de esos niños, a sus futuros hijos y a la sociedad en general, visión que implica una inversión a largo plazo (3)

Por eso, nuestra obligación es aportar luz en base a las evidencias y/o impulsar investigaciones para abordar los puntos que hoy desconocemos, actualmente todavía muchos, pero que no dejan de ser retos para resolver. Esto no es óbice para que no reconozcamos e identifiquemos factores que conocemos tanto del proceso de desarrollo como de los procesos patológicos en niños/as y adolescentes que podrán ayudar a situarnos en estos nuevos contextos promocionando factores de resiliencia y anticipando posibles mecanismos patológicos para prevenir o minimizar su aparición, así como empoderar a las familias para el manejo de síntomas que pueden ser reversibles con una adecuada psicoeducación y apoyo.

Como colectivo de profesionales de salud mental nos vemos en el deber deontológico de aportar nuestra visión en relación con los cuidados de los niños y niñas y la atención sanitaria específica, especialmente a los más vulnerables, que ha de proporcionarse en salud mental, con el fin de aportar orientación desde la mejor evidencia científica disponible y en base a las experiencias en otros entornos. Se ha utilizado el marco teórico de estrés traumático a esta experiencia para organizar la respuesta es un primer paso para proporcionar una atención basada en la evidencia a los supervivientes de las pandemias.(4)

Y desde este marco surgen una gran cantidad de interrogantes: ¿todo es y debe estar marcado por los riesgos para la contagiosidad y la propagación? ¿Hay otros riesgos y aspectos de la salud que deban tenerse en cuenta? ¿La atención a la psicopatología previa o la atención a la psicopatología emergente son objetivos para la respuesta? ¿Qué formas organizativas y/o asistenciales deben fomentarse?

Tratando de contestar a todos estos interrogantes en esta guía se han elaborado los siguientes bloques: a) Un primer bloque con una revisión de la literatura existente sobre COVID y salud mental en niños/as y adolescentes, así como datos existentes sobre consecuencias de otras pandemias/emergencias comparables, profundizando de forma más individualizada en evidencias relativas a las patologías específicas más relevantes en salud mental de niños/as y adolescentes; b) Un segundo bloque, basado en los datos de una encuesta y en la recogida de algunas experiencias asistenciales y/o de gestión; c) El tercer bloque, se ha querido hacer desde la escucha y la participación de las entidades del tercer sector y que forman parte de los colectivos objeto de nuestra intervención preferencial (Plena Inclusión, Autismo España), o que están implicados en la defensa de la infancia y adolescencia (Cáritas, Unicef). Para acabar en un cuarto bloque de conclusiones, con recomendaciones, investigación, necesidades y propuestas.

INDICE

INDICE	9
1ª BLOQUE: REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS Y LA BIBLIOGRAFÍA	13
1ª PARTE: ASPECTOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA CLÍNICA POR EL COVID-19	13
Introducción. Marco normativo	13
Factores en el desarrollo y la adaptación a las fases COVID-19	15
Viremias y epidemiología	16
Enfermedad de Dengue	17
Virus influenza A.....	17
La gripe aviar y otros virus de origen zoonótico.	18
Virus Zika	18
La enfermedad por el Virus de Ébola (EVD).....	18
Sarampión.....	19
Los coronavirus: MERS-CoV, SARS-CoV y SARS-COV-2	19
Peculiaridades del COVID-19 y sus implicaciones en la salud publica.....	20
Epidemiología en Salud mental	22
1. Introducción. Estudios previos en pandemias	22
2. En COVID-19.....	23
3. Cuarentena y aislamiento	24
4. Protección y riesgos	26
5. Medios comunicación y gestión información. Discriminación.....	28
6. Como conclusiones y puntos a destacar:.....	28
Ideas clave Viremias y epidemiología	29
2ª PARTE: ELEMENTOS DIFERENCIALES PSICOEVOLUTIVOS Y CULTURALES (0 a 18 años) PARA LA COMPRENSIÓN DE UN FENÓMENO DE RIESGO GLOBAL E INÉDITO ...29	
LOS ASPECTOS DEL VÍNCULO E INTERACCIÓN	30
1. La trasmisión vertical madre-feto.....	32
2. Relaciones familiares.....	33
3. Escolarización y relaciones de iguales.....	34
Ideas clave sobre el vínculo e interacción	38
ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PÉRDIDAS: TRAUMA Y DUELO	39
1. Factores relacionados con la afectación en niños/as y adolescentes durante la pandemia y debido a las medidas adoptadas.....	40
2. La repercusión en niños/as y adolescentes de la pandemia y a las medidas adoptadas: cuarentena, confinamiento, distancia social, etc.....	41
3. Evidencias impacto COVID-19 TEPT en menores.....	44
4. Pérdidas, fallecimientos y duelo	47
5. Duelo en niños/as y adolescentes.....	48
6. Signos de alarma. Duelo complicado	49

7. RECOMENDACIONES.....	51
EVIDENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA Y EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN LA POBLACIÓN CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUSTISTA (TEA).....	52
1. Introducción.....	53
2. Evidencias científicas sobre el impacto del confinamiento en la salud mental de las personas con TEA y sus familias.....	54
OTRAS POBLACIONES CON TRASTORNOS, CONDUCTAS O PROBLEMÁTICAS ESPECIALES	57
1. El suicidio o las conductas autolesivas.....	57
2. Trastornos emocionales: Trastornos de ansiedad y depresión.....	60
3. Problemas de aprendizaje	63
4. Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)	63
5. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y problemas de conducta.....	65
6. Discapacidad	66
7. Trastornos Psicóticos	68
8. Menores en centros de protección o en cumplimiento de medidas judiciales	71
9. Juego patológico.....	75
10. Maltrato intrafamiliar en situaciones de confinamiento	76
3ª PARTE: ASPECTOS NUEVOS APRENDIDOS DE LA INTERACCIÓN CLÍNICA CON LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	78
Aspectos aprendidos y de resiliencia ante el confinamiento: entorno social, educativo y familiar	78
1. Conclusiones:.....	82
2. Recomendaciones:.....	82
Línea estratégica para disminuir el impacto negativo de la pandemia en la salud mental infantojuvenil	83
La organización y nuevas formas de asistencia	85
1. Medidas organizativas de base comunitaria.....	89
2. Detección precoz de personas con riesgo de estrés postraumático	90
3. Terapia on line y mediada por app	90
4. Innovación organizativa.....	91
2ª BLOQUE: ENCUESTA A PROFESIONALES Y RECOGIDA DE EXPERIENCIAS ASISTENCIALES y/o de GESTIÓN. NUEVAS APORTACIONES Y REFLEXIONES CLAVES	93
RESUMEN DESCRIPTIVO RESULTADOS DE ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	93
1. Introducción.....	93
2. Resultados de la Encuesta para Profesionales:.....	94
EXPERIENCIAS Y DEMANDAS ASISTENCIALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA Y EL CONFINAMIENTO POR COVID	105
1. Introducción.....	105

2.	Informaciones relacionadas con las vivencias de las familias y los pacientes....	105
3.	Adaptación de los equipos e instituciones.....	110
4.	Previsión situaciones problemáticas futuras	111
5.	Resumen.....	112
6.	Documento elaborado con la participación de diferentes unidades clínicas	114
3º BLOQUE: ENTIDADES QUE AGRUPAN A COLECTIVOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL Y ENTIDADES EN DEFENSA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA		115
4ª BLOQUE: CONCLUSIONES: RECOMENDACIONES, INVESTIGACIÓN, NECESIDADES Y PROPUESTAS.....		121
	GENERALES.....	121
	INFANCIA Y ADOLESCENCIA.....	122
	FAMILIAS.....	124
	EDUCACIÓN.....	125
	RESPUESTA ASISTENCIAL.....	126
BIBLIOGRAFÍA		129
Anexo 1: Fases del desarrollo y sugerencias para el desconfinamiento		153

1ª BLOQUE: REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS Y LA BIBLIOGRAFÍA

1ª PARTE: ASPECTOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN LA CLÍNICA POR EL COVID-19.

Introducción. Marco normativo

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA
Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Ha habido un incremento significativo en la cantidad y gravedad de los desastres en todo el mundo. Hay múltiples factores que contribuyen a este aumento como el incremento poblacional siendo algunos de los más importantes la interdependencia mundial económica y social, el aumento de las enfermedades infecciosas y el deterioro ambiental. Pero también otros de carácter estructural que aumentan la vulnerabilidad estructural (5).

Las pandemias son crisis poco frecuentes, pero potencialmente devastadoras que afectan a la vida física, social y psicológica de muchos niño/as y sus familias. Aunque tienen mucho en común con otros desastres naturales: impacto en la comunidad, imprevisibilidad, víctimas y efectos persistentes, la respuesta a las pandemias difiere respecto a la de otros desastres en la necesidad de medidas para evitar su propagación entre las que destacan el distanciamiento social y la cuarentena (4). Como Masten y Obradovic (6) escribieron sobre la enfermedad pandémica, "familias a menudo se infectan entre sí antes de que cualquier individuo diagnosticado, también se infectan con el miedo".

Según Charles Rosenberg inspirado en La Peste de Albert Camus, las epidemias se desarrollan como dramas sociales en tres actos. Los primeros signos son sutiles, pero por el deseo de auto-seguridad o la necesidad de proteger los intereses económicos, los ciudadanos ignoran las pistas de que algo está mal hasta que la aceleración de la enfermedad y la muerte obliga a un reconocimiento renuente. En un segundo momento las personas exigen y ofrecen explicaciones, tanto mecanicistas como morales que generan respuestas públicas. Y finalmente las epidemias se resuelven sucumbiendo a la acción social o agotando el suministro de víctimas susceptibles.

Las fases descritas en la actual pandemia del COVID-19, aunque pueden variar en su denominación, están bien delimitadas (7), tal como se señala en la siguiente tabla (tabla 1):

✓ Normalidad	✓ La previa
✓ Contención	✓ Avisos de China e Italia y detección de primeros contagios con primeras medidas de aislamiento a enfermos y contactos
✓ Confinamiento	✓ Al pasar a fase comunitaria se decreta estado alarma y medidas de aislamiento salvo servicios esenciales
✓ Posconfinamiento	✓ Periodo incierto que parte de una situación previa prevista de 5-15% de prevalencia comunitaria se estima dependiendo de la zona ✓ Para volver a contención, es preciso

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Test ✓ Controlando contactos para valorar aislamiento ✓ Seroprevalencias ✓ Por grupos de riesgo:
✓ Normalidad o "nueva normalidad"	✓ 70% inmunizada o con vacuna, criterio para poder volver a normalidad

Estas medidas, aunque son una forma de disminuir la contagiosidad, tienen otras consecuencias indeseables que aumentan potencialmente el impacto negativo de la pandemia. En concreto, la pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) está afectando profundamente en la vida de las personas de todo el planeta.

Las fases uno y dos (hasta que se alcanza el pico) de la pandemia actual de COVID-19 representan una acumulación peligrosa de factores de riesgo para problemas de salud mental en niños/as y adolescentes de enormes proporciones: la situación económica ha empeorado, con altos y crecientes niveles de desempleo en todos los países afectados. (8)

La situación económica junto con el aislamiento y las restricciones de contacto físico suponen cambios significativos en el entorno psicosocial de los países afectados y situaciones de stress en muchos de sus ciudadanos. Esta situación de factores acumulativos de stress afecta también de forma directa a los/as niños/as, adolescentes y a sus familias. (8)

Por un lado, las guarderías y las escuelas se han cerrado lo que conlleva a una ruptura de horarios y rutinas previas y un distanciamiento de su grupo de pares, los contactos sociales están muy limitados con el consiguiente alejamiento de figuras clave de su entorno, se han cancelado las actividades de ocio fuera del hogar y los/as niños/as y adolescentes carecen de espacios adecuados donde desarrollar juego y deporte. (8)

Por otro lado, los padres tienen que compatibilizar el apoyo en la educación de sus hijos en el hogar con el trabajo desde casa sin el apoyo externo de otros miembros de la familia y en ausencia de los sistemas de apoyo sanitario y social. A todo esto, se añaden las preocupaciones y ansiedades relacionadas con las noticias catastróficas del COVID-19 en los medios de comunicación, la posible enfermedad o pérdida de familiares y las situaciones sobrevenidas de pobreza y pérdidas de empleo en el núcleo familiar.(8)

Las relaciones familiares, el contacto social y con la comunidad son factores que influyen en la capacidad de adaptación y resiliencia de los individuos, protegiéndolos en tiempos de crisis por lo que su interrupción puede disminuir la capacidad de recuperación de los individuos y las familias.(8) (4).

Muchas de las consecuencias referidas, están descritas como posibles factores predisponentes de un amplio abanico de problemas de salud mental tanto en niños/as y adolescentes (8), existiendo ya algunos estudios que muestran un alto porcentaje de problemas psicológicos y trastornos mentales derivados de la epidemia del COVID-19 en China (9)

En población pediátrica hay bibliografía referente a los efectos y la asistencia en desastres naturales como el tsunami en Japón (10), riesgos terroristas (11) pero existen menos publicaciones relativas al impacto de epidemias o pandemias. De la escasa evidencia existente se extrae que los síntomas que más frecuentemente se están observando en esta epidemia son los relacionados con problemas relacionados con el estrés crónico como insomnio, crisis de ansiedad, temores hipocondríacos o aumento del uso de sustancias, sin

embargo el conocimiento sobre la repercusión de esta pandemia COVID 19 en la salud mental de los/as niños/as y adolescentes es limitada y dadas las características particulares propias de estas edades (resiliencia , capacidad de adaptación, etc) los resultados de los estudios de adultos, no son extrapolables a la población infanto juvenil.

Las diferentes fases del desarrollo afectivo y psicosocial que se suceden a lo largo de la infancia son claves para entender los procesos de adaptación del niño/a a la pandemia. Siendo además preciso señalar que las poblaciones con mayor repercusión de la cuarentena y con más efectos adversos son en personas con desventajas sociales o económicas(7).

La atención de niños/as y adolescentes en esta planificación viene dificultada por la falta de individualización de las actuaciones para este grupo de edad, que además de ser altamente vulnerable tiene, como hemos referido, unas características y necesidades diferentes a las de la población adulta que deberían, por tanto, ser tenidas en cuenta a la hora de planificar actuaciones (12).

La necesidad de proporcionar al niño/a una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Manifiesta que «el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento». España, al suscribir la adhesión a dicha convención, se compromete a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

“Promover la salud mental de la infancia y adolescencia tiene una particular importancia en este momento del COVID-19 que hacen preciso avanzar en aspectos epidemiológico, en sistemas de evaluación, en aspectos de la neurociencia incluyendo los genéticos y epigenéticos, los biomarcadores de enfermedad mental pero también de resiliencia, así como en los aspectos de la prevención, el tratamiento y la respuesta de los sistemas”, son objetivos que nos plantea la JAACAP y que se asumen como propios (13).

Para que una cobertura sanitaria universal sea satisfactoria debe proporcionar a la población todos los servicios que precisa, incluyendo, entre otras, los relativos a las enfermedades infecciosas, las discapacidades y la salud mental (14).

Los servicios de salud mental infantojuveniles son cruciales para dar una respuesta a las consecuencias psicológicas del brote de COVID-19 por el impacto psicosocial, en los que el miedo, la incertidumbre y la estigmatización son comunes. Se necesitan habilidades tanto clínicas como investigadoras y una buena red de recursos para ayudar a identificar y manejar las consecuencias negativas para la salud mental de la pandemia (15) (16)

Esta es también nuestra guerra como psiquiatras; quienes piensan que su papel en la pandemia será limitado están equivocados y los recursos que aportamos se necesitan ahora más que nunca en la lucha contra COVID-19 (17) y ante una crisis de duración y efecto incierto en la sociedad, en lugar de un enfoque de esperar y ver, se recomienda intervenir y optimizar la atención de todas las personas que lo precisen, con o sin antecedentes de enfermedad mental.(18)

Factores en el desarrollo y la adaptación a las fases COVID-19

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

El desarrollo psicosocial es necesario tenerlo en cuenta a la hora de entender los procesos de adaptación a las fases de la pandemia.

Aunque las preocupaciones de los niños y de las niñas sobre su bienestar se centran en los sentimientos de unión familiar, sentirse seguros y disfrutar de ambientes saludables, la forma de expresión de estas y las aproximaciones a las mismas varían en función de la etapa de desarrollo en que se encuentre el niño o la niña. (3)

Establecer una relación coherente entre las fases del desarrollo y las diferentes fases de desescalamiento tiene que ir unido a una de las funciones de la salud pública en la que es preciso garantizar mensajes públicos precisos, accesibles y no estigmatizantes durante los brotes de enfermedades infecciosas. (7)

No hay un modelo único, pero en Anexo 1 se aborda un a propuesta por grupos de edades, señalando sus características y relaciones con el nivel educativo, los aspectos a cuidar de forma general y en el COVID-19, además de propuestas o sugerencias para el desconfinamiento.

No existe un amplio conocimiento sobre la repercusión que sobre el desarrollo y la salud mental de los niños y de las niñas puede suponer esta crisis; la resiliencia y capacidad de adaptación propias de estas edades nos deben hacer ser prudentes y evitar mensajes que puedan generar una preocupación adicional en la población. Estas características hacen que los porcentajes de exacerbación de presentación de trastornos mentales observadas en algunos estudios realizados en adultos o determinados sectores profesionales, no se puedan extrapolar a la población infantojuvenil.

Viremias y epidemiología

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA
Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Aunque según refiere la OMS hay múltiples brotes epidémicos que pasan desapercibidos en el mundo occidental, a lo largo de los últimos 20 años hay antecedentes a nivel mundial de epidemias que, aunque con características diferentes, pudieran contar con elementos comunes a la pandemia actual en lo que respecta a las vivencias subjetivas de lo que implican y comprometen a la población y por las repercusiones tanto en el manejo como en los mensajes que se dan a la población. Conocer estos datos puede ayudarnos a una mejor estrategia de planificación para la actual pandemia por COVID-19. como en la vivencia subjetiva de lo que implica y compromete al sujeto

Enfermedad/virus	Inicio brotes	Ámbito
Enfermedad de Dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4)	1970-2019	Endémica en más de 100 países de las regiones de África, las Américas, el Mediterráneo Oriental, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV)	2002-2003	Países Asia y Canadá
Influenza A(H1N1)pdm09	2009-2010	Pandemia (origen EEUU)

Gripe aviar (influenza H5N1, H7N9, H9N2)	1997, 2003-4 y 2013	Hong-Kong y China
Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)	2012	Oriente Medio (baja incidencia en Europa)
Virus Zika	2015	Emergencia sanitaria (86 países y territorios)
Enfermedad por el Virus de Ébola (EVD)	2013-2016 y 2018	Países Africanos (baja incidencia en Europa)
Sarampión	2018-2019	Emergencia en Europa (53 países)
Covid-19 (SARS-CoV-2)	2019	Pandemia (origen China)

A continuación, se describen algunos aspectos relevantes de la epidemiología de estas pandemias algunas de las cuales, a pesar de su alta morbimortalidad, solo afectaron mínimamente al mundo occidental y en los que la cuarentena y el aislamiento (cuarentena= separación y restricción del movimiento de personas que potencialmente han estado expuestas a la enfermedad, para limitar la propagación; aislamiento= se aplica a las personas que han sido diagnosticadas con la enfermedad) no se ha planteado de forma tan extensa. (19)

Enfermedad de Dengue

Es una enfermedad de tipo gripal que afecta a bebés, niño/as/as pequeños y adultos, pero raras veces resulta mortal y está producida por *virus de la familia Flaviviridae*. Según una estimación reciente, se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año, de los cuales 96 se manifiestan clínicamente en diferentes grados de gravedad. Europa ya se enfrenta con la posibilidad de brotes de dengue ya que la transmisión local se notificó por vez primera en Francia y Croacia en 2010. En febrero de 2020, el Centro Nacional de Enlace para el RSI de Chile informó confirmación de tres casos de dengue autóctono en la Isla de Pascua. Se calcula que cada año son hospitalizadas 500 000 personas con dengue grave, cuya tasa de letalidad estimada es del 2,5%. No obstante, muchos países la han reducido a menos del 1%, y la tasa de letalidad mundial ha disminuido en un 28% entre 2010 y 2016, gracias a que el tratamiento de los casos ha mejorado de forma significativa con la creación de una mayor capacidad de reacción en los países.

Virus influenza A

Causada por Virus de la familia *Orthomyxoviridae*. Aunque hay cuatro tipos de virus de la gripe estacional: A, B, C y D, los causantes de las epidemias estacionales son los virus gripales de tipo A y B y todas las pandemias conocidas han sido causadas por virus gripales de tipo A.

Los virus de la gripe A se clasifican en subtipos en función de las combinaciones de dos proteínas de su superficie, los subtipos actualmente circulantes en el ser humano son el A(H1N1) y el A(H3N2).

El A(H1N1) también se conoce como A(H1N1)pdm09, pues fue el causante de la pandemia de 2009 y posteriormente sustituyó al virus de la gripe estacional A(H1N1) que circulaba hasta entonces. En todo el mundo, algunas cepas del virus de la influenza tipo A pueden causar altas tasas de mortalidad por lo que actualmente existen centros coordinados a nivel mundial para mejorar la previsión de nuevas pandemias, existiendo un sistema de alarma ante una epidemia de la gripe para el acceso de vacunas para la población (20)

La gripe aviar y otros virus de origen zoonótico.

En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó los primeros informes de serotipos con alto grado de patogenicidad (H5N1 y H7N9), capaces de afectar a los seres humanos y con tasas de mortalidad de 27% y 60%, respectivamente. Lo alarmante desde una perspectiva epidemiológica en esta epidemia fue la gran capacidad de mutación de ambos serotipos con la posibilidad de generar nuevas recombinaciones de las que no se encontró evidencia.

El ser humano puede contraer el virus de la gripe aviar y otros virus de la gripe de origen zoonótico, como el virus de la gripe aviar de los subtipos A(H5N1), A(H7N9) y A(H9N2) y el virus de la gripe porcina de los subtipos A(H1N1) y A(H3N2).

Estos virus se contraen principalmente a través del contacto directo con animales infectados o medios contaminados, aunque no dan lugar a una transmisión eficiente de los virus entre las personas. No hay datos que indiquen que el virus de la gripe aviar y otros virus de la gripe de origen zoonótico puedan infectar a las personas si los alimentos que consumen han sido bien cocinados.

La mayoría de los casos de infección humana responden a:

- Gripe aviar H5N1, con un brote epidémico en Hong Kong en 1997, 2003-4, lo cual indica que el virus ha mutado. Se sigue trabajando en la actualización de las pruebas diagnósticas de la OMS
- O el virus A(H7N9) desde principios de 2013 hasta la fecha se han notificado 1564 casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9) en China, con algunos casos esporádicos en países fronterizos de China

Virus Zika

Es un flavivirus transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en macacos (Uganda, 1947). En 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. El primer brote registrado ocurrió en la Isla de Yap (Estados Federados de Micronesia) en 2007. Le siguió en 2013 un gran brote en la Polinesia Francesa y en otros países y territorios del Pacífico. En el año 2015 Brasil notificó un gran brote de enfermedad exantemática que fue identificada como consecuencia de la infección por el virus de Zika. En ese mismo año se describió también su asociación al síndrome de Guillain-Barré y a casos de microcefalia. Pronto aparecieron brotes y pruebas de la transmisión en América, África y otras regiones del mundo. Hasta la fecha, 86 países y territorios han notificado casos de infección por el virus de Zika.

La enfermedad por el Virus de Ébola (EVD)

Es una enfermedad hemorrágica febril con una alta mortalidad. Desde el primer informe del 16 de octubre del 2000 en Uganda ha estado presente en varios países africanos con un solo caso autóctono en España reportado en octubre del 2014. En junio de 2018, ocho países (Angola, Burundi, República Centroafricana, República del Congo, Ruanda, Sudán del Sur, Tanzania y Uganda) han completado planes de contingencia. En abril de 2020 se notificaron un total de 3458 casos de EVD (3313 casos confirmados y 145 probables), de los cuales 2277 fallecieron (índice de letalidad general del 66%)

Sarampión

Recientemente ha existido una epidemia en Europa con un incremento muy significativo que se vincula a las altas tasas de población sin vacunar (21).

Los coronavirus: MERS-CoV, SARS-CoV y SARS-COV-2

Los coronavirus (CoV) son una gran familia de virus ARN zoonóticos envueltos y de una sola cadena. Cuatro CoVs circulan comúnmente entre los humanos: HCoV2-229E, -HKU1, -NL63 y -OC43. Sin embargo, los CoV pueden mutar y recombinarse rápidamente, dando lugar a nuevos CoV que pueden propagarse de los animales a los humanos. El CoVs coronavirus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV) surgió en 2002, posteriormente apareció el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en 2012 (22) y en el 2019 surge el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) responsable de la enfermedad Covid-19 (23).

En humanos, los CoV causan principalmente síntomas respiratorios y gastrointestinales. Las manifestaciones clínicas varían desde un resfriado común hasta una enfermedad más grave, como bronquitis, neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda grave, fallo multiorgánico e incluso la muerte. (23)

En el primer brote de Coronavirus causada por el SARS-CoV en Canadá durante el año 2003, ante el desconocimiento del modo de transmisión del virus se impusieron medidas de cuarentena masiva y se ordenó a las personas expuestas a realizar un aislamiento en sus hogares durante 10 días, que no recibieran visitas y la toma de temperatura dos veces al día. Para proteger a los miembros del hogar, se les aconsejó dormir por separado, usar máscaras y no compartir alimentos o artículos personales (7).

Posteriormente el MERS-Cov ha causado brotes recurrentes en la Península Arábiga desde 2012, aunque el MERS-Cov tiene un bajo potencial general de transmisión de humano a humano, ha habido una amplificación ocasional en el entorno de la atención sanitaria, un patrón que recuerda la dinámica de los brotes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov) en 2003, incluido el brote más reciente de MERS-Cov en Corea del Sur en 2015. (22)

Los casos de MERS-Cov se relacionaron con contagios en el entorno sanitario en un 43,5% para el brote nosocomial en Jeddah (Arabia Saudita) en 2014 y en un 100 % tanto para el brote en Al-Hasa (Arabia Saudita) en 2013 y el brote en Corea del Sur en 2015 (22). Siendo común esta difusión en el entorno sanitario aunque parece más pronunciado para el MERS-Cov que para el SARS-Cov, y el SARS-Cov-2 (22)

Y a diferencia de otros virus del tracto respiratorio [p. Ej., Virus sincitial respiratorio (VSR)], no existe una disminución en la prevalencia relativa de infecciones por HCoV con el aumento de la edad. (23). Los coronavirus parecen afectar menos comúnmente a los niños/as y causar síntomas menos graves en este grupo de edad en comparación con los adultos, estando asociados con tasas de letalidad mucho más bajas. (23)

La mayoría de los/as niños/as con el SARS CoV presentan fiebre, sin embargo, otros nuevos CoV, como el caso del MERS-CoV, dan lugar a muchos casos asintomáticos. (23). El COVID-19 también es raro en niños/as, desconociéndose, si ello, es debido a un infradiagnóstico o por la alta frecuencia de casos asintomáticos. Según el estudio de Cao Q et (24), en población china la mayoría de los/as niños/as infectados tienen manifestaciones clínicas leves y generalmente tienen un buen pronóstico. Por lo general, se recuperan dentro de 1 a 2 semanas después del inicio de la enfermedad. El mismo estudio informa únicamente 2 casos

graves en la provincia de Wuhan y ausencia de mortalidad entre los/as niños/as con COVID 19 en China (24). Los niños/as infectados cuando son sintomáticos suelen tener cuadros de fiebre, tos seca y fatiga; Algunos pacientes experimentan síntomas gastrointestinales, como molestias abdominales, náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea.

Los síntomas de las primeras etapas de la enfermedad COVID-19 son inespecíficos por lo que en su diagnóstico diferencial (25) se debe incluir una amplia gama de trastornos respiratorios comunes infecciosos y no infecciosos (p. Ej., Vasculitis, dermatomiositis). En los que se incluyen: Adenovirus, influenza, metapneumovirus humano (HmPV), parainfluenza, virus sincitial respiratorio (VSR) y rinovirus (resfriado común).

Para casos sospechosos, se debe adoptar la detección rápida de antígeno y otras investigaciones clínicas para evaluar patógenos respiratorios comunes y afecciones no infecciosas

La confirmación diagnóstica del COVID-19 se realiza con la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) en las secreciones respiratorias superiores o inferiores. Las partículas de virus pueden aislarse de las secreciones nasofaríngeas hasta 14 días después del inicio de la infección lo que condiciona periodos de aislamiento prolongados y sin evidencia clara de lo que esa positividad significa a efectos de contagiosidad.(23)

La serología también se ha utilizado para diagnosticar infecciones con SARS-CoV y MERS-CoV, pero no es útil en la fase aguda de la infección.(23)

Los estudios existentes muestran además que unas medidas de higiene y de prevención adecuadas incluida la práctica frecuente de la higiene de las manos y el uso de mascarillas faciales, así como las medidas organizativas, incluida la mejora de la higiene en el lugar de trabajo y las preocupaciones de la empresa sobre el estado de salud física, se asociaron con menos síntomas psiquiátricos en entornos laborales. (26)

Desde la Salud pública se han tomado una serie de medidas para evitar la contagiosidad, además de una estricta higiene de manos, mantener una distancia de seguridad, la limitación del contacto social y el aislamiento es preciso tener en cuenta otras medidas, dado que se ha demostrado que los HCoV persisten en superficies secas hasta 9 días. La persistencia depende de la temperatura (menor duración a 30–40°C) y la humedad (mayor duración a mayor humedad). Se pueden inactivar HCoV, incluidos los nuevos CoV, calentando a 56 ° C durante 30 minutos o usando disolventes lipídicos como etanol (> 75%), isopropanol (> 70%), formaldehído (> 0.7%), povidona yodada (> 0.23%), hipoclorito de sodio (> 0.21%), peróxido de hidrógeno (> 0.5%), pero no clorhexidina.(23)

Peculiaridades del COVID-19 y sus implicaciones en la salud pública

COVID-19 difiere del SARS-Cov en términos de período infeccioso, transmisibilidad, gravedad clínica y extensión de la propagación comunitaria(27)

Los virus HCoV comunes pueden aislarse de individuos asintomáticos presentando una tasa de diseminación viral baja en los primeros días de la enfermedad aumentando significativamente después de 6 días para alcanzar el pico a los 12-14 días después del inicio de la enfermedad. Siendo poco probable que los pacientes sean altamente infecciosos en los primeros días de enfermedad, por lo que las medidas de aislamiento temprano probablemente serían efectivas en la prevención de la transmisión(28).

Pero mientras que en el SARS-Cov los pacientes asintomáticos o levemente sintomáticos se han descrito no se ha producido transmisión conocida, en el SARS-Cov-2, además de ser menos probable la presentación de síntomas, se sugiere que la transmisión durante la fase temprana de la enfermedad, también en los asintomáticos, también parece contribuir a la transmisión general; por lo tanto, el aislamiento de pacientes con síntomas al momento de la presentación será demasiado tarde e insuficiente. (27)

Y es que, en algunos estudios chinos, se ha sugerido que el 86% de todas las infecciones en las fases tempranas del COVID-19 permanecieron sin diagnosticar al tratarse de casos asintomáticos. Y aunque los casos asintomáticos pueden tener una menor tasa de transmisión, su mayor número sugiere que pueden haber sido la fuente del 79% de todos los casos en fases tempranas de la pandemia. (29)

Además del riesgo de contagiosidad durante el periodo de incubación como la infección asintomática es más frecuentes entre población infantil. Estas dos variables pueden explicar el origen de su propagación y su mayor difusión comunitaria (30,31) ya que personas infectadas asintomáticas no están en cuarentena (27). En la pandemia de influenza A (H1N1) (4) ya se señalaba a los niño/as como potenciales enfermos pero también como vehículos de transmisión.

Y aunque se sabe que hay una transmisión importante de tipo nosocomial del coronavirus, en los/as niños/as la principal vía de transmisión parece más por contacto por familiares infectados (23,32). Aunque hay autores que resaltan una mayor contagiosidad doméstica en el SARS-Cov-2 que en otras familias de coronavirus (33), la tasa de contagiosidad familiar reportadas por otros autores es similar a la del SARS-CoV, en el que el 50%-80% de los/as niño/as tienen un contacto doméstico afectado y mayor al del MERS-CoV que fue el 32% (23).

Esto podría tener implicaciones en una mayor letalidad y mortalidad de la enfermedad si los/as niños/as asintomáticos son cuidados por personas de edad avanzada que constituyen un grupo de riesgo para COVID-19, sin embargo también hay alguna evidencia que muestra que la mayoría de los/as niño/as infectados con el COVID-19 formaba parte de un brote de grupo familiar en la que otros miembros de la familia tenían síntomas previos [100% en la serie de bebés y 82% en la serie de casos de niño/as (23), datos que contradicen que los niño/as sean el vector de contagio para los mayores (33).

En base a estos datos hay quien cuestiona la transmisión escolar y el cierre de centros escolares como medida de salud pública en el Covid-19 (34). De cara a futuros brotes sería recomendable adaptar algunas de estas medidas en base a la evidencia existente. En este sentido todavía es controvertido el papel de los niño/as como vectores en la transmisión del virus (23). Sin embargo, la importancia de los/as niño/as en la transmisión del virus sigue siendo incierta (23).

Por otro lado, aunque el factor R_0 de contagiosidad es de 3,2 y en SARS-Cov de 2,79 por lo que el SARS-Cov-2 es más transmisible. Y además, como ya se ha comentado previamente, hay mayor prevalencia de casos leves, que son comunes en el COVID-19 por lo que es más complicado su control (27). Tanto el SARS-CoV como el MERS-CoV tienen un bajo potencial de transmisión comunitaria sostenida a largo plazo. No se han detectado infecciones por SARS-CoV en humanos desde julio de 2003 por una estrategia de salud pública global altamente efectiva (23) situación que actualmente, a pesar de las medidas de confinamiento adoptadas, parece lejana de conseguir en SARS-Cov-2. Esta transmisión comunitaria, sin embargo, está claramente descrita y bien definida en el SARS-Cov-2 y que, al parecer, se ha visto incrementado por aspectos de los estilos de vida y demográficos, como el gran tamaño y densidad de población y la conectividad de las poblaciones por aeropuerto o tren dificultan todavía más su erradicación en las grandes ciudades (27).

Además de los aspectos diferenciales relativos a su transmisión frente a otros coronavirus, la tasa de letalidad del COVID-19 es incierta, aunque se estima en 0,9-3%, lo cual supone una letalidad significativamente más baja que para el SARS-CoV y MRS-CoV (6-7% y 20%-40%). Como se ha visto con epidemias del MERS-CoV el valor R_0 de contagiosidad no tiene una correlación positiva con la mortalidad, así en Corea del Sur a pesar de observarse un valor R_0 más alto que en Arabia Saudita, la mortalidad en Arabia Saudita fue mayor. Cumpliéndose que a mayor contagiosidad hay menor letalidad. (23)

En lo relativo al diagnóstico hay que añadir las dificultades tanto para el acceso como para la interpretación de los resultados de qPCR (quantitative polymerase chain reaction, qPCR) y de los test inmunológicos (incluyendo IgA, IgM e IgG para el virus SARS-CoV-2). La prueba de referencia qPCR en una publicación reciente describe que solo se detecta un 53%, siendo preciso la combinación de las mismas para poder alcanzar porcentajes de detección de 98,6%(35). Por otro lado aspectos como la toma de la muestra (nasal, faríngea, esputo, o lavado intraalveolar) pueden influir en el resultado (36), siendo los falsos negativos un problema para el control epidemiológico(37), proponiéndose datos longitudinales de seroconversión como datos más fiables (38).

Por otra parte, como un aspecto positivo en las diferencias de SARS-Cov-2 con otros Cov es que la transmisión zoonótica (humano-murciélago) se hipotetiza menos frecuente a la del virus MERS-CoV, cuyo reservorio son los camellos dromedarios, con contacto más cercano con los humanos.(23)

Otra diferencia sustancial de la pandemia del COVID-19 frente a otras pandemias mundiales es la extensión del confinamiento, que se ha aplicado a países enteros, mientras que en otras pandemias ha sido menos extenso tanto en lo referido al ámbito geográfico como en el tiempo de aislamiento.

Esta diferencia en lo relativo al tiempo de duración del confinamiento es crucial en el posible impacto en salud mental de esta pandemia frente a las anteriores ya que la evidencia existente de otras epidemias como la del SARS de 2003 en Japón y Canadá señalan un aumento de trastornos mentales (ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático) en niños/as asociados al confinamiento y cierre de escuelas que parecen aumentar especialmente cuando son prolongados(39).

Es importante tener en cuenta estos datos en la planificación de futuros brotes de COVID-19 para adaptar las medidas necesarias de evitación del contagio minimizando el impacto negativo de las misma y tratando de conseguir un correcto equilibrio entre riesgo-beneficio.

Epidemiología en Salud mental

Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

Rebeca González Pinillos. Psicóloga Clínica Especialista. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Asistencial de Palencia. ANPIR

1. Introducción. Estudios previos en pandemias

Existen estudios previos sobre las consecuencias psicológicas de otro tipo de epidemias graves, como la del SARS-Cov en 2003 donde se detectó un aumento del 30% en el suicidio

en mayores de 65 años; síntomas de ansiedad en un 50% de los pacientes recuperados y síntomas emocionales en un 29% de los trabajadores de la salud implicados en la epidemia(40-43). Pacientes con síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-Cov) y síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov) presentaron ansiedad, depresión y otros síntomas mentales en un 10-42 %.(44)

Los pacientes que sobrevivieron a enfermedad grave y potencialmente mortal estaban en riesgo de trastorno de estrés postraumático y depresión(42,43). Estos incluyen suicidio y autolesiones, abuso de alcohol y sustancias, juegos de azar, abuso doméstico e infantil y riesgos psicosociales (como desconexión social, falta de significado o anomia, atrapamiento, acoso cibernético, sentirse agobiado, estrés financiero, duelo.

En un estudio en la Universidad de Japón en relación al SARS (45) se obtuvo una mayor tasa de problemas mentales en varones (OR 3,8), en el profesorado (OR 3,0) y en aquellos que recibieron tratamiento (OR 3,0), contribuyendo en el 75,7% de la varianza. Y en relación con los síntomas la fiebre tuvo la mayor contribución OR 7,9 y 75,7% de la varianza. En restricciones de la vida diaria las más determinantes fueron: restricción de rango de actividades (OR =5,7), restricción alimentaria (OR=5,0), no llevar mascarillas (OR= 2,9), restricción de salidas (OR=3,8) y experiencia de aislamiento (OR=3,9). Se observaron correlaciones negativas para desarrollar problemas psíquicos la realización de tareas de control de la infección, la desinfección de la ropa y la restricción del ejercicio y los deportes; los OR fueron de 0,3, 0,1 y 0,3, respectivamente, con una tasa de contribución del 80,9%. El factor con más peso es la reducción de ingresos con un OR de 9.9 y una contribución de 80.0%.

Según un estudio a través de una encuesta web, las dificultades emocionales y la pérdida de ingresos encabezaron la lista de problemas para una muestra de sujetos en cuarentena por el SRAS en Toronto. Un tercio de los encuestados en este estudio informaron síntomas de depresión o trastorno de estrés postraumático. Aunque los síntomas emocionales eran menos pronunciados cuando los pacientes estaban aislados para protegerlos de los demás, estos eran más marcados cuando los sujetos experimentaban algún tipo de estigma por su enfermedad además del aislamiento(7).

Jeong et al (46) estudia la evolución de síntomas de ansiedad e irritabilidad secundarios al confinamiento encontrando una reducción de los mismos a los 4-6 meses tras el confinamiento.

Alguno de estos estudios ha incluido poblaciones infantiles, comparando síntomas de estrés postraumático en padres y niños/as que habían estado en cuarentena frente a los que no habían estado, y encontraban puntuaciones medias de estrés postraumático cuatro veces más altas en los/as niños/as y padres que habían sido puestos en cuarentena que en los que no estaban en cuarentena.

2. En COVID-19

Muchos estudios han informado de las características clínicas de los pacientes de COVID-19, pero pocos han descrito cambios en el estado mental de los pacientes.

Sin embargo, las evidencias existentes apuntan a que los efectos psicológicos y sociales directos e indirectos de la pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) son generalizados y podrían afectar la salud mental ahora y en el futuro. Por un lado, la pandemia está ocurriendo en el contexto de una mayor prevalencia de problemas de salud mental, además, el SARS-CoV-2 podría provocar infección del sistema nervioso central o desencadenar respuestas inmunes que pudieran tener efectos adversos adicionales sobre la función

cerebral y la salud mental en pacientes con COVID-19(40). También las consecuencias anticipadas de la cuarentena(47) y las medidas de distanciamiento social y físico asociadas a la misma son factores de riesgo demostrados en el desarrollo de problemas de salud mental.

En concordancia con los datos previos, el informe de Naciones Unidas sobre el COVID-19 también señala una prevalencia de estrés del 35% en los individuos de la población China, en Irán del 60% y en USA del 45%(1). Otro estudio con población entre 14 y 30 años de Wuhan China (48) realizado a las 2 semanas de que OMS declarara la emergencia sanitaria por COVID-19 también encuentra una prevalencia del 40,4% de problemas psicológicos y de un 14,4% de trastorno de estrés postraumático. Este estudio muestra que el bajo nivel educativo, estar empleado en una empresa, tener síntomas de TEPT y presentar estilos de afrontamiento negativos se relacionaban con más problemas de salud mental en esta muestra de jóvenes.

En el informe de Naciones Unidas sobre el COVID-19 se observa unos niveles de prevalencia de estrés en los individuos de la población China del 35%, en Irán del 60% y en USA del 45%(1). En un estudio poblacional (49) en Italia y España de 1.143 participantes de entre 18 y 66 años, el 85,7% (83,8% en Italia y 88,9% en España) observaron cambios en el estado emocional y el comportamiento de sus hijos durante la cuarentena.

Existen también estudios del impacto emocional secundario a COVID-19 en población infantil española (47) donde se reporta por parte de los padres un alto porcentaje (85.7%) de cambios en el estado emocional de sus hijos durante la cuarentena.

Aunque hay estudios de TEPT tras COVID19 en población adulta, en nuestro conocimiento no hay estudios referentes a población pediátrica.

En este sentido, la encuesta general de población, realizada por Ipsos (50) ya revela preocupaciones generalizadas sobre el impacto del aislamiento o el distanciamiento social; aumento de los niveles de ansiedad, depresión, estrés y otros sentimientos negativos; y preocupación por las implicaciones prácticas de la respuesta a la pandemia, incluidas las dificultades financieras.

La pandemia por COVID-19 puede empeorar los trastornos mentales preexistentes y aumentar los casos en niños/as y adolescentes, debido a la propia crisis de salud pública, el aislamiento social y la recesión económica(51). Además, la ignorancia del impacto diferencial de la epidemia en las personas con problemas de salud mental no solo obstaculizarán cualquier objetivo de prevención, y una mayor propagación de COVID-19, sino que también aumentarán las desigualdades de salud ya existentes.(52)

Ha comenzado a emerger literatura relativa al impacto en la salud mental de la epidemia COVID 19 en población pediátrica. Xie X et al (53) informan tasas de depresión entre un 17,2% y un 22,6% y un 18,9% ansiedad en la era postCOVID-19 en Hubei (China), en una muestra de 2330 estudiantes chinos tras el periodo de confinamiento. Pero es una muestra no representativa y evaluada tras el confinamiento, sin conocer aún su evolución; y tampoco se sabe si es equiparable a lo que pueda pasar en España. Y, aunque puede haber mayor prevalencia de síntomas afectivos y de ansiedad, tampoco es un incremento elevado, suponiendo una subida aproximada de 5 puntos en síntomas depresivos, sobre datos de metaanálisis previos.

3. Cuarentena y aislamiento

El impacto psicológico de la cuarentena y el confinamiento es otro aspecto que ha sido investigado en epidemias previas (19) mostrando un alto porcentaje de síntomas

psicológicos heterogéneos (agotamiento, desapego de los demás, ansiedad, irritabilidad, insomnio, falta de concentración, indecisión, deterioro del rendimiento laboral y resistencia a trabajar) y trastornos emocionales, destacando por su mayor prevalencia el ánimo bajo y la irritabilidad (54). Las personas que requerían cuarentena por estar en contacto cercano con pacientes infectados presentaban síntomas de temor, nerviosismo, tristeza y culpabilidad y solo un porcentaje bajo refería sentimientos positivos y de bienestar (55).

Algunos estudios muestran que síntomas como lavado excesivo de manos, conductas evitativas de multitudes y dificultar la vuelta a la normalidad pueden permanecer hasta muchos meses después del período de cuarentena.

Las dificultades emocionales y la pérdida de ingresos encabezaron la lista de problemas para las personas en cuarentena en Toronto, según un estudio cuantitativo encontraron que aproximadamente un tercio de los encuestados en una encuesta web sobre cuarentena informaron síntomas de depresión o trastorno de estrés postraumático. La investigación ha demostrado que, aunque la angustia psicológica parece menos pronunciada cuando los pacientes están aislados para protegerlos de los demás, lo contrario es cierto para los pacientes infecciosos que experimentan estigma además del aislamiento (7).

Tres estudios muestran que a mayor duración del confinamiento hay más riesgo de desarrollo de problemas de salud mental (56-58). El miedo al contagio, la frustración y el aburrimiento, la falta de comodidades básicas y la ausencia o la mala información se han señalado como factores estresores durante confinamiento. En base a los hallazgos de los estudios existentes se recomienda evitar alargar los periodos de cuarentena más allá de lo estrictamente necesario, dar una adecuada información, asegurar las necesidades básicas y favorecer la accesibilidad a una buena comunicación.

Otro grupo de estudios se han centrado en el impacto en la salud mental de la cuarentena en otro tipo de epidemias (19). En líneas generales los estudios muestran un alto porcentaje de síntomas psicológicos heterogéneos y trastornos emocionales, destacando por su mayor prevalencia el ánimo bajo y la irritabilidad (54). Las personas que precisaron cuarentena por estar en contacto cercano con pacientes infectados (autoaislamiento) presentaban síntomas de: temor (20%), nerviosismo (18%), tristeza y 10% culpabilidad. Entre un 4-5% referían sentimientos positivos, de felicidad y alivio (55). Después del confinamiento también han sido descritas conductas de evitación (55,59).

Se observaron síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión en el 28,9% y el 31,2% de los encuestados, respectivamente. La mayor duración de la cuarentena se asoció con una mayor prevalencia de los síntomas del TEPT. Conocimiento o exposición directa a alguien con un diagnóstico de SARS también se asoció con TEPT y síntomas depresivos.(57)

Dentro de esta línea, los estudios comparativos (32,56,60) encuentran mayores síntomas de estrés y postraumáticos en las poblaciones confinadas frente a las no confinadas (32,60). Estudios realizados con muestras de trabajadores sanitarios muestran que el efecto de estar en cuarentena predecía síntomas de estrés postraumático (61) y depresión a largo plazo, incluso pasados varios años (4,56). Realizaron un estudio sobre las experiencias con enfermedades pandémicas (síndrome respiratorio agudo (SARS) de 2002, la gripe aviar en 2003 y la gripe A (H1N1) en 2009-2010), en el que se planteaban la hipótesis de que los esfuerzos de contención de la enfermedad (cuarentena o aislamiento) afectarían negativamente la salud mental de padres e hijos, como lo demuestra el aumento de los síntomas de TEPT (trastorno por estrés postraumático). Se recopilaron datos de 586 padres que completaron una encuesta en la primavera de 2009. Los diagnósticos más comunes fueron trastorno de estrés agudo (16,7%), trastorno de adaptación (16,7%) y duelo (16,7%). Solo el 6.2% de estos/as niños/as fueron diagnosticados de TEPT. De los jóvenes

que recibieron servicios durante o después de la pandemia, los diagnósticos más comunes fueron trastorno de ansiedad generalizada (20%) y trastorno de adaptación (20%), un 1.4% recibieron un diagnóstico de TEPT. Encontraron diferencias significativas entre los que experimentaron medidas de distanciamiento social, aislamiento o cuarentena y los que no. Los primeros presentaban más probabilidades de tener puntuaciones de TEPT (30%). Además, los padres indicaban que sus hijos cumplían con los criterios de TEPT para las subescalas de evitación/entumecimiento (57.8%), reexperimentación (57.8%) y excitación (62.5%) a tasas altas. También se encontró una relación significativa entre las puntuaciones de TEPT entre padres e hijos, de los padres que alcanzaron los puntos de corte de TEPT, el 85.7% tenía niños/as que también cumplían con los criterios clínicos para TEPT, mientras que entre los padres que no cumplían con los criterios de TEPT, solo el 14.3% tuvo hijos con síntomas de TEPT.

Los pacientes que sobrevivieron a enfermedad grave y potencialmente mortal estaban en riesgo de trastorno de estrés postraumático y depresión (42,43). Muchas de las consecuencias anticipadas de la cuarentena (47) y las medidas de distanciamiento social y físico asociadas son factores de riesgo clave para problemas de salud mental. Estos incluyen suicidio y autolesiones, abuso de alcohol y sustancias, juegos de azar, abuso doméstico e infantil y riesgos psicosociales (como desconexión social, falta de significado o anomia, atrapamiento, acoso cibernético, sentirse agobiado, estrés financiero, duelo).

Otros estudios de seguimiento a más largo plazo muestran como el confinamiento y el haber estado trabajando en zonas de alto riesgo se asociaban de forma significativa a abuso de alcohol y otros problemas de dependencia (62).

Sin embargo, otros estudios con población joven no encuentran diferencias significativas en niveles de síntomas postraumáticos y problemas de salud mental entre el grupo de personas confinadas y las no confinadas (63), lo que apunta a que las conclusiones de estudios de adultos no puedan extrapolarse a la población infantil.

4. Protección y riesgos

Se ha descrito que el factor más importante para generar bienestar psicológico en la pandemia por SARS-Cov es la seguridad económica, mientras que la presencia de fiebre es el factor que provoca más malestar e influencia física y psicológica. Asimismo, las tareas sobre el control de la infección, como el lavado de las manos, y la desinfección de las prendas de vestir, como una práctica rutinaria y sin estrés, además de prevenir la infección disminuye la posibilidad de trastornos psicológicos. (45)

Quizás también señalar como las intervenciones psicosociales pueden mejorar la función del sistema inmune y pueden representar una estrategia viable para mejorar la salud con este sistema implicado en la respuesta frente al COVID-19.(64)

En el estudio sobre la cognición del SARS-Cov, en la que se introdujeron tres variables (conocimiento, impresión de miedo e impresión desconocido), la impresión de desconocimiento, tiene su OR del 2,6 y su contribución del 72,4%, respectivamente. Pero tanto la impresión de miedo o de desconocimiento tienen una baja correlación con la presencia de trastorno psicológico. (45)

Aunque hay estudios de TEPT tras COVID19 en población adulta, en nuestro conocimiento no hay estudios referentes a población pediátrica. Sin embargo, investigaciones centradas en TEPT secundario al efecto de otras pandemias muestran una fuerte relación entre los niveles clínicamente significativos de los síntomas del TEPT en los padres encuestados y sus hijos. Entre los adultos encuestados que cumplieron con la puntuación de corte clínico

para el TEPT, casi el 86% tenía hijos que también cumplían con la puntuación de corte clínico (4).

Datos obtenidos durante el mismo brote del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) constatan que el 20% del personal de atención médica en Taiwán y el 49% en Singapur experimentaron estigma social. En esta misma línea hay artículos recientes que señalan la discriminación de estudiantes chinos internacionales y del personal de atención médica de primera línea como grupos de riesgo para experimentar estigma social y propio por lo que son dos poblaciones que pueden tener una mayor vulnerabilidad al desarrollo de problemas de salud mental y que pueden precisar una especial vigilancia. (65)

En relación a efectos del confinamiento, los estudios comparativos(32,56,60) encuentran mayores síntomas de estrés y postraumáticos en las poblaciones confinadas frente a las no confinadas (32,60). En muestras de trabajadores sanitarios el efecto de estar en cuarentena también predecía síntomas de estrés postraumático(61)y depresión a largo plazo, incluso pasados varios años(4,56).

Uno de estos estudios realizado durante la epidemia del SARS observa un 28,9% síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y un 31,2% de depresión entre los encuestados. El conocimiento o la exposición directa a alguien con un diagnóstico de SARS también se asoció con TEPT y síntomas depresivos.(57)

El papel de las características personales y sociodemográficas como posibles predisponentes del desarrollo de trastornos mentales asociados al confinamiento ha sido objeto alguno de estos estudios, sin embargo, las evidencias son contradictorias. Algunos estudios a este respecto han señalado que la edad joven (16-24 años), niveles educacionales bajos, sexo masculino y tener hijos son posibles predisponentes de mayores problemas de salud mental, hallazgos que no se confirman en otros estudios(57). También se ha asociado la existencia de una enfermedad mental previa con el desarrollo de síntomas de ansiedad postconfinamiento(46)

Varios estudios muestran que a mayor duración del confinamiento hay más riesgo de desarrollo de problemas de salud mental (56-58). El miedo al contagio, la frustración y el aburrimiento, la falta de comodidades básicas y la ausencia o la mala información también han señalado como factores estresores durante confinamiento (66)

Algún estudio de seguimiento de la evolución de los síntomas encuentra una reducción de síntomas de ansiedad e irritabilidad secundarios al confinamiento en los 4-6 meses posteriores (46). Sin embargo, otros estudios muestran como el confinamiento y el haber estado trabajando en zonas de alto riesgo se asocian a largo plazo a abuso de alcohol y otros problemas de dependencia(62), en cualquier caso los estudios de seguimiento a largo plazo son muy escasos.

Un estudio realizado por encuesta en una muestra de 586 padres sobre las experiencias con enfermedades pandémicas (síndrome respiratorio agudo (SARS) de 2002, la gripe aviar en 2003 y la gripe A (H1N1) en 2009-2010, encuentran como diagnósticos más comunes en los periodos de aislamiento y cuarentena el trastorno de estrés agudo (16,7%), los trastornos de adaptación (16,7%) y el duelo (16,7%). Solo el 6.2% de estos/as niños/as fueron diagnosticados de TEPT. De los jóvenes que recibieron servicios durante o después de la pandemia, los diagnósticos más comunes fueron trastorno de ansiedad generalizada (20%) y trastorno de adaptación (20%), un 1.4% recibieron un diagnóstico de TEPT. El estudio encontró diferencias significativas entre los padres y niños/as que experimentaron medidas de distanciamiento social, aislamiento o cuarentena y los que no de manera que los primeros presentaban más probabilidades de tener puntuaciones de TEPT (30%). También se encontró una correlación entre la sintomatología de TEPT de los padres y los

hijos, de manera que los padres que tenían síntomas de TEPT tenían más probabilidades de tener un hijo con criterios para un TEPT frente a los padres que no tenían síntomas. Sin embargo, otros estudios con población joven no encuentran diferencias significativas en niveles de síntomas postraumáticos y problemas de salud mental entre el grupo de personas confinadas y las no confinadas(63).

5. Medios comunicación y gestión información. Discriminación.

La cobertura mediática de un brote de enfermedad infecciosa puede ser un arma de doble filo informa a la población sobre las medidas a tomar, pero aumenta el impacto en poblaciones distantes provocando precauciones que no son precisas en su entorno. Señalar las fuentes fiables de información locales son una de las tareas de más importancia. (66)

La gestión de la cobertura de las noticias publicadas por los medios de comunicación para protegerse del estrés de los titulares es un tema importante para el público, recomendándose prudencia y ánimo crítico con el informe no oficial, aunque se recomienda disponer de un tiempo razonable para recibir información especialmente en lo que podría cambiar ahora (67). La existencia de canales de información tanto de línea telefónica directa, de consulta online, de formación online y de consulta externa son alternativas utilizadas de forma habitual, que pueden monitorizar la denominada “infodemia” promoviendo la información fidedigna y combatiendo las falsas noticias.(68)

Hay artículos recientes que señalan a discriminación de estudiantes chinos internacionales, pero también del personal de atención médica de primera línea, para experimentar estigma social y propio. Durante el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), el 20% del personal de atención médica en Taiwán y el 49% en Singapur, según los informes, experimentaron estigma social. Por lo que es un factor de estrés añadido que habrá que tener en cuenta.(65)

6. Como conclusiones y puntos a destacar:

Se recomienda evitar alargar los periodos de cuarentena más allá de lo estrictamente necesario, asegurar las necesidades básicas y favorecer la accesibilidad a una buena comunicación para evitar el desarrollo de posibles trastornos mentales. En este sentido la cobertura mediática de un brote de enfermedad infecciosa puede ser un arma de doble filo ya que, aunque informa a la población sobre las medidas a tomar, puede aumentar el impacto en poblaciones distantes si esta no es adecuada.

La gestión de la cobertura de las noticias publicadas por los medios de comunicación es esencial: dar una adecuada información y proteger a la población del estrés de noticias alarmistas puede ayudar a prevenir el impacto emocional de la pandemia.(67). La existencia de canales de información tanto de línea telefónica directa, de consulta online, de formación online y de consulta externa son alternativas utilizadas de forma habitual, que pueden monitorizar la denominada “infodemia” promoviendo la información fidedigna y combatiendo las falsas noticias.(68)

Se recomienda, en algunas publicaciones que el tiempo de cuarentena se llene con ejercicios físicos, cognitivos, de relajación, lectura y entretenimiento. El reconocimiento por parte de la comunidad del papel de los trabajadores de la salud en salvar vidas tiene un efecto saludable en su moral. Los trabajadores de la salud deben utilizar estrategias de adaptación para mantener una salud mental óptima. La tecnología hoy en día permite a las personas en cuarentena permanecer conectadas y mantener sus redes sociales(69)

Es importante una especial vigilancia de grupos de riesgo para experimentar estigma social por el COVID por su mayor vulnerabilidad al desarrollo de problemas de salud mental. En este sentido los profesionales sanitarios han sido señalado como un grupo de especial riesgo. El reconocimiento por parte de la comunidad del papel de los trabajadores de la salud en salvar vidas, tiene un efecto saludable en su moral aunque para mantener una salud mental óptima también deben utilizar estrategias de adaptación adecuadas.

Ideas clave Viremias y epidemiología

- ✓ El COVID-19 es una pandemia que afecta al mundo occidental con un impacto importante y para que el que no se estaba preparado.
- ✓ Hay brotes epidémicos que no afectan de forma significativa a la cultura occidental salvo puntual (zika, ébola, dengue) y otras muchas epidemias o amenazas que han existido pero que ahora se van a vivir de forma diferente a nivel social y político.
- ✓ El cuadro en niño/as es menos frecuente y menos grave que en adultos y no disminuye la incidencia con la edad como en otros virus respiratorios.
- ✓ Suelen presentar síntomas respiratorios y digestivos.
- ✓ Solo se puede realizar diagnóstico confirmatorio por detección de antígeno o anticuerpos
- ✓ Los coronavirus provienen de los animales, pero luego realizan transmisión persona a persona.
- ✓ COVID-19 presenta mayor contagiosidad y menor letalidad que otros coronavirus.
- ✓ La contagiosidad se produce en periodo asintomático, siendo el periodo asintomático más amplio que en otros coronavirus y se tarda más en dejar de ser contagioso tras el inicio de la enfermedad.
- ✓ No es clara la diferencia de contagiosidad en los niño/a/as, pero se ha transmitido que éstos son altamente transmisores, posiblemente porque hay mayor periodo asintomático en enfermos y menos niño/as/as que desarrollan síntomas.
- ✓ El COVID-19 presenta mayor contagio doméstico en niños/as, pero en general todos los coronavirus tienen una alta contagiosidad nosocomial.
- ✓ Previsible aumento de los problemas de salud mental ansiosodepresiva de forma leve.
- ✓ Mayor aumento relativo de TEPT y vinculado a la experiencia de los padres.
- ✓ No hay evidencias de transmisión vertical, madre hijo, pero si hay algún dato en otros coronavirus por lo que no es concluyente.
- ✓ El estigma de la población sanitaria como vector de transmisión es un factor de estrés añadido y nuevo a tener en cuenta, tanto la autoexclusión como la de la sociedad.
- ✓ La gestión de la información, evitar la denominada infodemia y establecer canales de información fidedigna, son actuaciones de salud pública muy importantes

2ª PARTE: ELEMENTOS DIFERENCIALES PSICOEVOLUTIVOS Y CULTURALES (0 a 18 años) PARA LA COMPRENSIÓN DE UN FENÓMENO DE RIESGO GLOBAL E INÉDITO.

En esta segunda parte del documento nos centraremos en revisar aspectos asociados al impacto y consecuencias de la pandemia en la relación de los/as niños/as y adolescentes con su entorno, así como las evidencias existentes de los efectos de la pandemia en diferentes grupos de trastornos mentales

El impacto que la pandemia por COVID-19 puede tener sobre la infancia no es uniforme. Depende de factores diversos: pérdida de un ser querido, familias que residen en territorios

de baja incidencia del virus, cuarentena o ausencia de los padres por pertenencia a un sector esencial y la exposición de éstos a situaciones de contagio, la situación económica y empleo, la cobertura de necesidades básicas, etc. En esta situación por lo tanto resulta absolutamente imprescindible introducir en la valoración de la salud mental de los/as niños/as un estudio de la situación de la familia durante el confinamiento y las posteriores fases. En el caso de detectarse alguna necesidad debe orientarse a los otros miembros de la familia a solicitar apoyo y ayuda (70).

Debe promoverse que los padres reciban información sobre cómo tratar a los/as niños/as en el contexto de la pandemia. Para promover la salud mental en los menores, deben evitarse que el menor experimente incertidumbre o abandono. Debe proponerse y facilitarse que los padres pasen un mayor tiempo con sus hijos, y fomentarse las relaciones con otros miembros de la familia a través de redes sociales (70).

La comunicación social es importante en una pandemia para una transmisión veraz, y tiene por objeto la creación de significados y entendimientos comunes, que permiten las diferentes respuestas de adaptación necesarias para aumentar la resistencia de la comunidad.(71)

Aunque los estudios relacionados con la salud mental en pacientes con COVID-19 son escasos, varios autores destacan que es posible predecir más o menos las consecuencias esperadas en la salud mental y física de las partes más vulnerables de la población (72). Se necesita más investigación basada en evidencia, particularmente sobre el impacto de estas intervenciones en niños/as y adolescentes durante períodos más largos de seguimiento (73,74).

LOS ASPECTOS DEL VÍNCULO E INTERACCIÓN

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA
Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Blaise Pascal dijo “El hombre está siempre dispuesto a negar aquello que no comprende” “Todos los problemas de la humanidad provienen de la incapacidad del hombre para sentarse en silencio en una habitación sola”. La incompreensión y la soledad, forzada, afecta a la naturaleza de nuestras relaciones, interacciones y vínculos.

La distancia física para evitar el contagio no es lo mismo que distanciamiento social, siendo un concepto erróneo (75), el distanciamiento social se está utilizando como sinónimo de distancia física (76) y como medida eficaz frente a la transmisión(77) pero la cercanía humana y social se ha visto en gestos como los aplausos o lemas como “esto lo superamos juntos” y, por qué no, también en caceroladas. Ya sabemos que la cercanía produce empatías y roces. La globalización nos ha conducido a un mayor aislamiento y la estrategia en la lucha contra el COVID-19 se basa en el mal llamado distanciamiento social(78). Hay que reiterar el “no a la distancia social”(79).

Recientemente la posibilidad de una cuarentena amplia y extensa como la vivida era desechada por inviable en una sociedad democrática, pero la realidad de este tipo de afirmaciones ha cambiado de forma radical con la experiencia actual del COVID-19. Esta pandemia va a producir cambios en la forma de concebir las dinámicas sociales, por la transmisión, y porque va a ser preciso atender las necesidades de salud mental, para una preparación emocional para la soledad y para la necesidad de un bienestar psicosocial, como piedra angular de la salud pública. (19)

Además de los cambios en la concepción de las dinámicas sociales y de los aspectos de la transmisión, la pandemia terminará dando lugar a dos lecciones importantes para comprender y apreciar las necesidades de salud mental ante un desastre biológico: la preparación emocional para la soledad en la crisis y el bienestar psicosocial que forman la piedra angular de la salud pública (75)

Por otra parte, la investigación ha demostrado que algo tan simple como las sesiones telefónicas semanales pueden ayudar a reducir la ansiedad en el momento de las pandemias. Estas sesiones deben ser breves y centradas en la solución (75)

La soledad a menudo se describe como el estado de estar sin compañía o aislada de la comunidad o la sociedad. Se considera un sentimiento oscuro y miserable, un factor de riesgo para muchos trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno de adaptación, estrés crónico, insomnio o incluso demencia en la vejez (80). La soledad es común en el grupo de edad avanzada, lo que lleva a un aumento de las tasas de depresión y suicidio. Está bien documentado que largos períodos de aislamiento en la custodia o en cuarentena por enfermedad tienen efectos perjudiciales sobre el bienestar mental (81). Este es un círculo vicioso que hace que el individuo solitario esté más segregado en su propio espacio "restringido". La soledad es también uno de los principales indicadores del bienestar social (82). La mayoría de las personas se encogen ante la idea de este aislamiento social. Harán cualquier cosa para mantenerse preocupados o distraídos, desde actos de indulgencias escandalosas hasta espectáculos absurdos de vanidad y depravación. Además, la soledad también ha demostrado ser un factor de riesgo independiente para la pérdida sensorial, el tejido conectivo y los trastornos autoinmunes, los trastornos cardiovasculares y la obesidad. Si este autoaislamiento y bloqueo se prolonga, es probable que la soledad crónica disminuya la actividad física, lo que aumenta el riesgo de fragilidad y fracturas (75,83).

Los/as niños/as y adolescentes tienen más probabilidades de experimentar tasas altas de depresión y ansiedad durante y después de que finalice el aislamiento forzado. Esto puede aumentar a medida que continúa el aislamiento forzado. Los servicios clínicos deben ofrecer apoyo preventivo e intervención temprana cuando sea posible y estar preparados para un aumento de los problemas de salud mental.(84)

Por otra parte, en estudios previos la vivencia de soledad estaba fuertemente pero inversamente asociada con los niveles de sabiduría, incluso después de controlar otras variables. Las personas que obtuvieron puntajes altos en una escala validada para medir la sabiduría no se sintieron solas. La sabiduría es un rasgo de la personalidad que incluye varios componentes específicos, como la empatía y la compasión, la regulación emocional, la capacidad de autorreflexión, la aceptación de diversas perspectivas y la espiritualidad. Es posible aumentar los niveles de estos componentes individuales con intervenciones conductuales. Sin embargo, este tipo de investigación es deficiente en pacientes con enfermedades mentales graves.(85)

El vínculo sabemos que es un elemento esencial para el desarrollo emocional. Viene determinado desde fase muy tempranas de la vida y condiciona formas de relación y de interacción. En el adulto ya están establecidas, pero en el/la niño/a, según su momento evolutivo y la interacción con sus cuidadores van a ser muy determinantes para su desarrollo emocional.

La expresión emocional, del miedo o culpa, las situaciones de separación del niño o de la niña de sus figuras de referencia, la dificultad para mantener rutinas o la búsqueda o demanda de los padres ante el estrés de los/as niños/as y del propio estrés familiar, son elementos clave para intervenir en la interacción. (86)

Esto justifica el desarrollo de la Salud Mental Perinatal como una mirada preventiva y mejor base en la que se identifican aquellos procesos de interacción entre el bebe y sus cuidadores principales que pueden dar lugar, si no se abordan de forma adecuada, a trastornos del vínculo y posteriormente a posibles alteraciones como los Trastornos de personalidad del adulto

La existencia de epidemias recientes, como la del virus zika demuestran que la incertidumbre y el desconocimiento ante como puede afectar un virus de nueva aparición al embarazo, parto postparto y lactancia, puede generar situaciones de angustia y/o problemas de salud mental añadidos que podrían tener repercusión en el establecimiento del vínculo.

1. La trasmisión vertical madre-feto.

Aunque no hay casos documentados de neonatos con trasmisión vertical intrauterina infectados, ni del SARS-CoV ni con el COVID-19 (23,87,88). Sin embargo, las infecciones por SARS-CoV durante el embarazo se han asociado con un posible aborto espontáneo, retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro. Y con MERS-CoV en una serie de casos de infecciones maternas entre las 20 y 28 semanas hubo 3 fallecimientos. (23)

Incluso se ha asociado a una elevada tasa de mortalidad el SARS-CoV-1 (tasa de letalidad del 25%)(89). Y otros (90) informan una tasa de letalidad del 35% en las mujeres embarazadas y del 27% en los lactantes. Pero también se informa de una afectación leve y similar al de otros adultos sin embarazo.(91)

Las recomendaciones clínicas para el tratamiento de la infección por COVID-19 en el embarazo deben basarse en los datos de la epidemia actual y no en la experiencia limitada de anteriores brotes de diferentes tipos de coronavirus, ya que su epidemiología, curso clínico y respuesta al tratamiento pueden ser diferentes(92) y parece que con menor afectación que con MERS-Cov y SARS-Cov(93), aunque describen porcentajes de entre 47% de partos prematuros, pero que pudiera alcanzar hasta un 80% de los casos y puede someter a estrés a las unidades de neonatos, pero planteando la atención al parto siguiendo los criterios obstétricos habituales y evitando la separación sistemática de los bebés de sus madres.(93)

En una revisión (94) de 108 mujeres embarazadas con infección confirmada de SARS-CoV-2 mostró tres casos de admisión en cuidados intensivos maternos (3%) y ninguna fatalidad confirmada. Y solo un/a niño/a de los 75 investigados fue positivo a COVID-19 presentando linfopenia y pruebas de función hepática alteradas, datos que otros autores (95) aportan reforzando la levedad de los cuadros referidos. Aunque se ha descrito (94) una muerte de un neonato y otra fetal intrauterina y otras series (96) señalan algún fallecimiento tras fallo multiorgánico.

Por otra parte en relación a las madres, en la misma revisión (94) dos casos de ingresos de madres en UCI (97) implicaron a madres con un IMC alto (>35) y una historia médica complicada, lo que lleva a preguntarse si la COVID-19 aumenta el riesgo de morbilidad grave en los embarazos de alto riesgo. Se necesitan estudios futuros para abordar este tema.

Las recomendaciones se limitan a no retrasar el clampaje de cordón y al uso de mascarilla por la madre para evitar la transmisión aérea pero la lactancia no está contraindicada ni el parto vaginal, basado en las actuales directrices publicadas(98-100)

La OMS(88) informa de cuestiones muy importantes para estos casos:

- No hay evidencias de mayor riesgo para la madre o el bebé. Ni de transmisión en el 3º trimestre. No hay datos en otras fases del embarazo, solo algunos casos de ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal y parto prematuro
- Es recomendable mantener las pautas de manejo y la no separación de los bebés de sus madres, manteniendo lactancia

Pero no todas las recomendaciones van por esa línea de la OMS pues otros autores (91,101,102) hacen recomendaciones de aislamiento a la madre enferma, separación del bebé y prohibición de lactancia materna mientras sospecha o confirma la infección por COVID-19. O directamente manifiestan que no se sabe siquiera si existe esa transmisión aunque los datos hasta ese momento, pocos pero algunos, iban en esa línea (103). Haciendo un planteamiento protector del personal que asiste al parto, pero también abordando los aspectos generales de la atención al parto de forma global.(97)

Incluso se ha informado de IgM en 3 casos de dos grupos diferentes, cuando la IgM no puede atravesar la placenta y se han detectado en sangre. Aunque no es concluyente y precisan de una mayor evaluación.(104)

Se promueven iniciativas para hacer y promover la toma de decisión informada sobre su plan de parto, cesárea o de actuación en caso de coronavirus positivo(105). Enfatizando los aspectos de interacciones madre e hijo sobre aspectos de seguridad, en un marco de importantes inseguridades y con bajo nivel, aparente, de riesgo descrito por el momento.

2. Relaciones familiares

La crianza de los hijos en un momento de pandemia COVID-10 está cambiando y la globalidad de la vida familiar. Según datos procedentes de organismos internacionales 1,38 mil millones de niños/as no van ni a la escuela ni a ningún otro entorno donde se les pueda prestar cuidados. No tienen acceso a actividades grupales, deportes de equipo o parques infantiles. (106)

Pero también este tiempo de confinamiento también ha sido otra oportunidad para mejorar los lazos de proximidad con la familia y los seres queridos. Y quizás para distanciarse de los que se ha venido a denominar como “infodemia”, causando una sobrecarga de información. En el que las informaciones y estadística se propagan más rápido que el propio virus. Establecer barreras para que el virus no nos “invada psicológicamente” y que dicha invasión no dure más allá de la resolución de la pandemia.(75)

El cierre de las escuelas puede aumentar el estrés en las familias a medida que los padres intentan acoger a los/as niños/as de la escuela, a menudo haciendo malabares con el trabajo a domicilio. Esta carga puede recaer desproporcionadamente sobre las mujeres. Además del aprendizaje académico, las escuelas apoyan el desarrollo de habilidades sociales y de otro tipo (107). Para muchas personas, solo mantener los/as niños/as ocupados/as y seguros/as en casa es una perspectiva desalentadora. (106)

El cierre prolongado de las escuelas podría causar efectos adversos en los resultados educativos y sociales de los jóvenes de familias que carecen de espacio de estudio y acceso a la informática en el hogar.(107)

Para quienes viven en hogares de bajos ingresos y hacinados, estos desafíos se exacerban. Para muchos, el impacto económico de la crisis aumenta el estrés sobre la crianza de los hijos y aparece la violencia. Los padres y cuidadores están intentando trabajar de forma remota o no tienen trabajo, y la situación es de mucha incertidumbre con respecto al futuro. (106)

La evidencia muestra que los/as niños/as sufren más violencia y son más vulnerables durante el periodo de cierre de centros escolares, y en estos periodos acude más a los centros sanitarios por urgencias relacionadas con accidentes y traumatismos. (106)

Estos tiempos difíciles aparecen nuevos recursos y métodos de apoyo. Estos se enfocan en consejos para construir relaciones positivas, desviar y gestionar el mal comportamiento, y manejar el estrés parental. Son compartidos a través de las redes sociales, y accesibles en teléfonos a través de Internet. Estas herramientas destinadas a fortalecer a los padres son útiles en este contexto social. (106)

Pero, además, los/as niños/as asumen responsabilidades frecuentemente de lo que sucede en su entorno, eso ocurre con frecuencia en las separaciones de los padres. Ahora pudiera ocurrir de la enfermedad, y a veces fallecimiento, de sus abuelos o familiares. Especialmente cuando se les insiste en que son vehículos de transmisión (4) y se justifica o se usa como argumento para no acudir al colegio y para impedir hacerles cosas que les gusta o quieren. La tasa de mortalidad aumenta considerablemente con la edad y en comparación con la transmisión en la comunidad, la transmisión entre los miembros del hogar es más peligrosa para los ancianos, ya que tienen más posibilidades de morir y tienden a quedarse en casa(33). Esto es una presión y/o responsabilidad de los/as niños/as con respecto a sus abuelos/as o familiares mayores.

Pero también de la responsabilidad de los sanitarios en la transmisión a sus hijos, parejas y padres. Y no solo de los sanitarios ya que todos los que son personal, considerado como esencial, y han tenido contacto habitual con personas hay vivido un estrés añadido. Ya que todos son potencialmente vehículos de contagio, por ser asintomático o por el periodo ventana. Esta incertidumbre provoca miedo y conductas de protección del otro, que marca unas diferencias con otras enfermedades infecciosas como el SARS

Es importante mantener el trabajo social y el apoyo comunitario para las familias vulnerables, incluidos las medidas de seguridad para las mujeres en riesgo de abuso. Incluso se plantea la necesidad de alternativas habitacionales para las personas en riesgo(107)

3. Escolarización y relaciones de iguales

Cuando los/as niños/as inician la escolarización, comienzan a pasar una cantidad cada vez mayor de tiempo en un grupo de pares fijo (es decir, su propia clase) y se involucran con mayor frecuencia en actividades grupales, adquieren una posición, relativamente estable, y el desarrollo del lenguaje permite una disminución de los conflictos interpersonales y son más capaces de participar en conductas prosociales. En la infancia media (cuando los/as niños/as tienen entre 6 y 12 años) se caracteriza por un aumento en la complejidad de las relaciones con los compañeros. Por lo tanto, es más probable que durante este período, toda una red de factores interrelacionados influya en la medida en que los/as niños/as aprecian o no a los/as niños/as

Entre las medidas destinadas a promover el distanciamiento social, muchas escuelas se han cerrado y las clases se han cambiado a modelos de aprendizaje a distancia basados en el hogar. Los primeros cierres escolares comenzaron a mediados de marzo de 2020 y algunos estados ya han cerrado escuelas por el resto del año académico. El cierre de escuelas interrumpe sustancialmente la vida de los estudiantes y sus familias y puede tener consecuencias para la salud infantil (51).

El colegio y los/as niños/as se han descrito como espacio de transmisión de otros virus proponiéndose el cierre de escuelas como un medio para evitar la propagación (108). Pero este cierre puede tener un impacto en la educación de los/as niños/as afectados, en el

sistema de salud, en la economía en general, en las políticas sociales implementadas en la escuela y en la probabilidad de que los/as niños/as participen en otros comportamientos de riesgo, si se le deja desatendidos en casa.(109)

Pero ya hay publicaciones que cuestionan estos aspectos ya que la propagación del COVID-19 en niños/as ha sido doméstica. Y Taiwán ha sido reconocido su efectividad y reabrió las escuelas, relativamente temprano en el brote(34)

Investigaciones antiguas se planteaban cuando se podía considera a un/a niño/a aislado/a y si la frecuencia relativa de la interacción con los compañeros y la evaluación de los profesores pueden ser factores para considerarlo población de riesgo para trastorno mental, mientras que aspectos como la timidez, la soledad y el deseo ansioso e insatisfecho de juntarse con los iguales(110) La interacción entre iguales es un proceso recíproco, en el que número de contactos, intimidación con los amigos cercanos y vivencias rechazo son factores determinantes para la percepción de aceptación social(111)

Experiencias adversas de la infancia, como el abuso sexual, la desconexión de la escuela, la negligencia, la ruptura de la familia, y los problemas psicosociales, son un factor de riesgo conocido para el desarrollo de las cuestiones de salud mental y han sido vinculada a la aparición de trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático y trastornos de personalidad(107)

Sabemos que el lenguaje y la competencia en habilidades comunicativas son causales en la posición en el grupo de iguales, por lo que promover la comunicación va a mejorar su estatus sociométrico.(112)

Pero el cierre además de evitar el contacto de los/as niños/as con otras personas, también se ha observado en otras pandemias un incumplimiento de estas medidas de aislamiento y un aumento en comportamientos que pueden aumentar el riesgo de propagación, y provocando, por otra parte, un aumento del cuidado de los/as niños/as por los abuelos/as(109) Elementos de incumplimiento y de riesgo que aumentan con periodos más largos de confinamiento.(109) Y la experiencia previa en virus H1N1 es de periodos más cortos y además con un variabilidad en el cierre, con cierres parciales, que podían afectar o no a otras actividades(113) por lo que se puede conocer poco del posible impacto y adherencia a las medidas de aislamiento social. Aunque en el caso del COVID-19, al ser una medida masiva y generalizada, a diferencia de lo ocurrido en otras pandemias, no ha habido una posición de la comunidad educativa de desconfianza o incompreensión ante el cierre de los colegios como el vivido en otras situaciones (114)

El aislamiento social conduce a la soledad crónica y al aburrimiento, que si son lo suficientemente largos pueden tener efectos perjudiciales sobre el bienestar físico y mental(75)

Considerando que el aislamiento social puede afectar la salud mental de niños/as y adolescentes, se sugiere encarecidamente que las autoridades médicas, educativas y políticas implementen lo antes posible planes estratégicos para un reinicio progresivo de la escuela o actividades educativas. Este reinicio debería garantizar un equilibrio entre el riesgo de infección por COVID-19 y la reducción del riesgo para el bienestar de los/as niños/as, especialmente para los subgrupos más vulnerables, como los de familias con bajo nivel socioeconómico y aquellos con problema de salud mental preexistente o con dificultades de aprendizaje.(115)

Está acreditado intervención de apoyo mutuo en situaciones especiales como los/as niños/as prematuros que ingresan en Ucis neonatales, en el que el enfoque familiar se añade el enfoque de apoyo mutuo.(116) Incluso como estrategia de manejo en situaciones en las

que el aislamiento es una realidad habitual dentro del proceso clínico, como ocurre en los procesos de psicosis.(117)

El incremento tecnológico en la medicina ha aumentado la calidad en algunas personas, pero también ha provocado efectos menos deseables relacionados con incremento de costes, limitación de accesos y una reducción en la comunicación. Durante los momentos de necesidad, las personas recurren a las relaciones sociales en busca de apoyo en respuesta a las barreras o deficiencias encontradas en el sistema de salud actual.(118)

La importancia de las relaciones sociales en el tratamiento de enfermedades y el mantenimiento de la salud y el bienestar son determinantes de disciplinas de ciencias del comportamiento y salud. (118)

El apoyo entre pares se puede proporcionar a través de múltiples modos de interacción (por ejemplo, sesiones individuales, grupos de autoayuda/apoyo, grupos en línea mediados por ordenador o dentro de un entorno educativo), en diversos entornos (por ejemplo, hogar, hospital, clínica ambulatoria, organización comunitaria, escuela, prisión o por teléfono/ordenador) a través de varios proveedores (por ejemplo, programas profesionales basados en la comunidad u hospitales u organizaciones voluntarias) e incorporan una variedad de roles (por ejemplo, educador, tutor, director, orientador, mediador, agente de enlace o enlace cultural) con diversos grados de participación (por ejemplo, como intervención primaria o parte de un programa integral) y estructura (por ejemplo, intervenciones individualizadas altamente reguladas versus informales). Adicionalmente, Las intervenciones de pares se extienden a través de numerosas variables demográficas y abarcan temas relacionados con la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Aunque existen múltiples aplicaciones, la provisión real de soporte de pares se compone de atributos comunes específicos que abarcan todas las configuraciones, estructuras y modos de desarrollo. (118)

La distancia física (o mal llamada distanciamiento social) puede aumentar el aislamiento social. El aislamiento en los jóvenes tiene diversas motivaciones y circunstancias. Algunos son aislados activamente por rechazo de sus compañeros, otros el aislamiento es autoimpuesto, por ser desinteresado o evasivo. Los desinteresados rechazan la interacción por falta de motivación, pero los evasivos tienen un rechazo al contacto por sus pocas habilidades sociales, timidez y ansiedad, por lo que evitan el contacto con sus compañeros. Cada aislamiento provoca una reacción diferente. Siendo un factor de riesgo para el consumo de tabaco y alcohol. (119)

Necesitamos ser disciplinados en el distanciamiento físico, pero al mismo tiempo debemos ser creativos en cómo mantener la cercanía emocional. Como individuos, debemos cuidarnos unos a otros, teniendo especial cuidado de consultar con aquellos que pueden estar especialmente solos, vulnerables y asustados.(120)

La experiencia de los adolescentes que vuelven a la escuela después de un tratamiento por cáncer tiene importantes retos y uno de ellos tiene que ver con la exclusión social de sus compañeros (121). Evidentemente la exclusión que ha sufrido un adolescente es el periodo de confinamiento tiene unos aspectos y matices diferentes, pero van a ser un factor de estrés significativo tras la distancia física y, en estos sí, distancia social que el confinamiento ha podido producir o ahondar. La posibilidad de vivir una situación de ostracismo (entendido como exclusión o ignorancia de un individuo en un entorno social) para lo que es preciso un enfoque colaborativo y coordinado, que involucra al paciente, su familia y los responsables educativos inicialmente y a su médico y los servicios de salud mental o los servicios sociales (122) aunque en estos momentos la implicación escolar es mucho más complicado, tanto su detección como su abordaje.

Es posible que los/as niños/as con cierto nivel de ansiedad o depresivo se aíslen, se consideren menos deseables o interesantes para que interactúen. Y pierden vínculos con iguales o en intervenciones grupales. Además, los/as niños/as con problemas de internalización pueden tener una tendencia a interpretar situaciones sociales de manera negativa o amenazante; por lo que podrían percibir los comportamientos de sus compañeros como un acoso continuo (y es menos probable que vean que mejoren).(123)

También se ha sugerido que los/as niños/as que juega solos/as, sin interactuar con sus compañeros, pueden estar en riesgo de problemas sociales y cognitivos, aunque algunas formas de actividad no social son constructivas y adaptativas.(124)

Está bien documentado que los jóvenes tienden a hablar con sus compañeros en primera instancia, antes de buscar la orientación de los adultos. Los compañeros son influyentes, y los adolescentes son más propensos a aceptar asesoramiento y alterar sus comportamientos cuando la comunicación es realizado por sus iguales. Si esta influencia de los iguales puede ser integrado dentro de los servicios tradicionales de salud mental, estos servicios pueden ser capaces de proporcionar una intervención que no sólo es eficaz, sino también más aceptable para la gente joven. (125)

La tutoría ha demostrado ser una intervención efectiva para los jóvenes con dificultades y en riesgo y se describe el valor de desarrollar relaciones de mentoría, por jóvenes que previamente han experimentado problemas similares de salud mental (125)

Hay experiencias terapéuticas de compartir entre jóvenes de edades similares, con historias de trauma, que han ayudado para restaurar su identidad, aportándoles comprensión y reconocimiento. Siendo preferido por los jóvenes la intervención activa, en lugar de la espera, siendo un elemento de intervención. Los jóvenes buscan la compañía de quienes son iguales y el deseo de desarrollar comportamientos prosociales y unirse con compañeros que no se involucran en comportamientos aberrantes puede tener la misma influencia en los jóvenes. Se reconoce que la experiencia más traumática para las personas es la destrucción de las relaciones personales ya sea por trauma, desastre, negligencia, abuso o daño personal, generando problemas de confianza y seguridad, siendo necesaria una intervención más allá de las intervenciones tradicionales. El profesional de la salud mental debe tomar un "asiento trasero" y sea incluido como un miembro confiable del grupo, no como el líder del grupo. (125)

Se ha descrito la importancia de los espacios de apoyo entre iguales para el autocuidado en problemas crónicos. La experiencia aporta cierta vivencia de identidad, en la que se favorece el intercambio y el fortalecimiento de lazos sociales, aumenta el intercambio de conocimientos basados en la experiencia, que además no se limita a los aspectos médicos, y además sirve para movilizar y crear una conciencia colectiva sobre preocupaciones específicas de la enfermedad.(126) Otros autores señalan las aportaciones en el soporte emocional, a nivel informativo (tanto del proceso como de los recursos) y evaluativo (en el reconocimiento de lo que pasa) (118)

Sin embargo, hay dudas sobre la efectividad y la potencial ayuda que puede producir un apoyo en línea entre iguales, aunque este fuese inofensivo(126)

El apoyo entre pares se define como la vinculación de personas con la misma enfermedad y características similares para que puedan compartir conocimientos y experiencias. Hay miles de grupos online de apoyo entre iguales están disponibles en internet relacionados con la salud en forma de listas de correo, salas de chat y foros de discusión. Hay evidencias anecdóticas de la utilidad de dichos grupos, pero también advierten de los riesgos sin que haya una síntesis sistemática sobre los mismos..(127)

Las enfermeras y los médicos deben desarrollar una nueva cultura de colaboración entre ellos con el objetivo mutuo de una atención al paciente de alta calidad.(128)

En cuanto a la formación, la retroalimentación entre pares puede ser útil y excepcionalmente informativa para el entrenamiento y mejora de la capacitación (129). Incluso si el proceso es entre iguales de diferentes países permiten aumentar la interacción y el aprendizaje con los mismos recursos (130). Y cuando el proceso de feed-back entre compañeros se valora mejor si éste es cara a cara (131).

Los grupos online de salud empoderan a los pacientes y aumentan el compromiso en el cumplimiento del tratamiento del paciente con el médico.(132)

Nuestra esperanza es que, a medida que las personas permanecen confinadas, puedan mantenerse conectadas con sus seres queridos (a través de una llamada telefónica), a las redes sociales, a sus psiquiatras y a la cultura.(78)

Es urgente y esencial determinar y mitigar los efectos del cierre de escuelas para los jóvenes que buscan atención, dado que la escuela es a menudo el primer lugar donde los/as niños/as y adolescentes buscan ayuda, ya que considera y tiene en cuenta las vulnerabilidades, como necesidades educativas especiales y trastornos del desarrollo y ofrece un espacio de intervención terapéutica.(40,133)

Ideas clave sobre el vínculo e interacción

- ✓ La distancia física no es lo mismo que el distanciamiento social.
- ✓ La preparación para la soledad y para un abordaje integral psicosocial son aspectos nucleares en salud pública pero no siempre presentes.
- ✓ La interacción y el vínculo son elementos esenciales para el desarrollo emocional hoy en riesgo por las medidas de distanciamiento social aplicadas.
- ✓ La transmisión vertical madre-feto es un tema controvertido, en el que la mayoría de las evidencias orientan a su ausencia, pero con algunos datos para la prudencia.
- ✓ La pandemia COVID-19 ha cambiado las dinámicas familiares y la crianza
- ✓ Hay riesgo que la llamada “infodemia” pueda “invadir psicológicamente” y extenderse más allá de la resolución de la pandemia. Es preciso limitar esta infodemia o sobrecarga de información.
- ✓ El cierre escolar prolongado es un factor de estrés singular añadido con repercusiones especialmente en las familias más desprotegidas, con menos espacio para la convivencia y con menos posibilidades de conexión.
- ✓ El confinamiento ha supuesto para muchas familias una sobrecarga o presión añadida, al tener que hacerse cargo de la supervisión escolar además de sus tareas propias. Pero también ha sido una oportunidad de acercarse en la familia y de flexibilización de exigencias.
- ✓ Los/as niños/as con abuelos o familiares cercanos enfermos o fallecidos pueden presentar sentimientos de culpa sobre su posible papel, justificado o no, en el contagio.
- ✓ Las familias de los sanitarios y demás trabajadores esenciales han vivido un estrés añadido por el miedo al contagio de sus seres queridos y con conductas de separación.
- ✓ El cierre de colegios tiene un impacto en la educación de los/as niños/as involucrados, en el sistema de salud y en la economía en general.
- ✓ Se sugiere encarecidamente que se implementen lo antes posible planes estratégicos para un reinicio progresivo de la escuela o actividades educativas. Este reinicio debería garantizar un equilibrio entre el riesgo de infección por COVID-19 y la reducción del riesgo para el bienestar de los/as niños/as, especialmente para los subgrupos más vulnerables, como los de familias con bajo

nivel socioeconómico y aquellos con salud mental preexistente. problemas o dificultades de aprendizaje.

- ✓ El fomento de la interacción entre iguales, con respeto a la distancia física, es un área de intervención y de promoción de la salud
- ✓ La distancia física, mal llamada distanciamiento social, puede aumentar el aislamiento provocado por el rechazo de compañeros como el aislamiento autoimpuesto, por desinteresado o por evasivo. Se deben establecer planes de apoyo para estos menores para la vuelta al centro escolar.
- ✓ No hay evidencias de aumento de problemas entre iguales, pero es posible un incremento del olvido y ninguneo de adolescentes que en el contexto de casa no han tenido dificultades pero que en el momento que tengan de enfrentarse a los iguales puede suponer un incremento del problema previo como de nuevos problemas
- ✓ No hay evidencias de aumento de ciberbullying, pero el aumento de las interacciones vía internet hace previsible un aumento de problemas de aislamiento y de problemas en la interacción, así como exploraciones inapropiadas (como compartición de fotos íntimas, etc).
- ✓ Los grupos soporte y apoyo entre iguales junto con tutorías son medidas efectivas para jóvenes con dificultades y en riesgo.
- ✓ Los grupos online de salud empoderan a los pacientes y aumentan el compromiso con los cumplimientos o compromisos terapéuticos.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LAS PÉRDIDAS: TRAUMA Y DUELO.

Rebeca González Pinillos. Psicóloga Clínica Especialista. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Complejo Asistencial de Palencia. ANPIR

En estos momentos, mediados de mayo de 2020, las muertes por coronavirus han llegado a superar la cifra de 324.000 fallecidos en todo el mundo, de las cuales 27.778 muertes han ocurrido en España. El avance del COVID-19 en toda la población tiene una gran repercusión debido a todos los cambios que se han ido sucediendo en nuestro estilo de vida y rutinas previas, las pérdidas a las que nos hemos tenido que enfrentar, no sólo personales, y las medidas que se han adoptado para la contención de la enfermedad.

Aunque muchas de esas medidas se están suavizando, permitiendo las salidas de los/as niños/as, paseos, realización de deporte, etc. se aprecia un impacto de todas ellas en la sociedad y sobre todo en las familias.

Ese impacto de la enfermedad va más allá de la mortalidad y la morbilidad, y se esperan consecuencias sociales, económicas, conductuales y psicológicas. Probablemente en unos meses aparezcan más estudios e investigaciones que aborden estas consecuencias y repercusiones que tanto por las medidas, que se han tomado en gran parte de los países afectados, de confinamiento, distancia social, aislamiento, etc., como por las propias de la enfermedad van a tener un gran efecto en la sociedad.

Uno de los grupos más vulnerables ante una pandemia son los/as niños/as y adolescentes, ya que los entornos donde se desarrollan se ven alterados. Por ello, hemos querido analizar la literatura existente que relaciona las consecuencias ante una situación estresante en los/as niños/as y adolescentes, en concreto las publicaciones que hasta la fecha han ido apareciendo respecto al COVID-19 y sus implicaciones en las familias y en esos grupos de edad.

1. Factores relacionados con la afectación en niños/as y adolescentes durante la pandemia y debido a las medidas adoptadas

En la literatura científica (134–138) podemos encontrar que la respuesta por parte de los/as niños/as a situaciones potencialmente estresantes, dependerá de las propias características del evento, de la percepción en un contexto específico y de otros factores, incluida la respuesta emocional de los padres a la pandemia, que en consecuencia influye en las reacciones de los/as niños/as. (139)

Dentro del informe de la Alianza para la protección de la niñez y adolescencia en la acción humanitaria (2019) se describen los riesgos a los que se exponen los menores durante los brotes de enfermedades infecciosas, incluido el COVID-19. Entre los principales riesgos están el estrés psicosocial y los problemas psicológicos. La cuarentena en el hogar o la hospitalización por enfermedad del niño o la niña o familiares directos son condiciones que pueden generar altos niveles de estrés. (140)

El grado de afectación en este grupo de población va a depender de distintos factores. En primer lugar, un factor muy importante es la edad, ya que, de ella va a depender el grado de asimilación de la información que se les proporcione. Incluso los menores de 2 años son conscientes de los cambios a su alrededor, pueden extrañar a sus cuidadores habituales (como pueden ser los abuelos o familiares cercanos), de inquietarse y molestarse por la nueva situación. Los/as niños/as en etapa escolar o mayores pueden mostrarse preocupados por la situación, su propia seguridad y la de sus cuidadores, además de por el futuro (141).

Esa relación entre la edad del niño y de la niña y la respuesta psicológica al COVID-19 también ha sido señalada por la *National Child Traumatic Stress Network*, red americana dedicada a mejorar el acceso a la atención y tratamiento de niños/as y adolescentes expuestos a eventos traumáticos. Quienes consideran que en la etapa preescolar las reacciones más esperables son: el miedo a estar solo, el miedo a la oscuridad o las pesadillas, las conductas regresivas, los cambios en el apetito y un aumento de rabietas, quejas o conductas de apego.

Entre los/as niños/as de 6 a 12 años, esas reacciones podrían manifestarse como irritabilidad, pesadillas, problemas de sueño o del apetito, síntomas físicos como dolores de cabeza o dolores de barriga, problemas de conducta o apego excesivo, así como pérdida de interés por sus compañeros y competitividad por la atención de los padres en casa. En adolescentes de 13 a 18 años puede ser habitual encontrar: síntomas físicos, problemas de sueño o de apetito, aislamiento de compañeros y seres queridos, pero también un aumento o disminución de su energía, apatía y desatención a los comportamientos de promoción de la salud.

Por otro lado, consideramos de gran importancia tener en cuenta el nivel socioeconómico de las familias. Ciertas condiciones socioeconómicas agudizan la vulnerabilidad de los/as niños/as ante estas situaciones y, por lo tanto, podrían agravar las consecuencias de la pandemia además de aumentar la brecha social. En este factor se engloban niveles económicos bajos, con aumento de riesgos debido al escaso acceso a una alimentación saludable, situaciones de violencia intrafamiliar, alto estrés familiar, situaciones de abuso infantil y maltrato, pérdidas de empleo en los padres, pérdidas de ingresos en el hogar, etc.

Existe el riesgo de que la enfermedad tenga un mayor efecto en la salud mental de los/as niños/as de bajos niveles socioeconómicos (39). Se aprecian diferencias destacables en las

familias más vulnerables: los/as niños/as de familias más pobres tienen menos recursos, pueden depender de las comidas escolares y los patios de recreo para hacer ejercicio, tienen menos probabilidades de tener acceso apropiado a Internet, espacio suficiente para permitir el aprendizaje, o acceso a recursos adicionales para apoyar otras actividades para el bienestar mental o físico. (142)

Dentro de las características familiares, que pueden estar mediando en la afectación de esta pandemia, se ha analizado el impacto en los hijos de trabajadores sanitarios que han estado en primera línea contra el COVID-19. (143) Esos padres relataban la dificultad para dedicar tiempo para su familia e hijos, el miedo y la culpa por la contaminación del virus a sus pequeños, dificultad para mantener necesidades básicas de la crianza (como la lactancia materna), y como esos/as niños/as echan de menos a sus padres debido a los largos períodos de separación, que, en algunas ocasiones, se han tenido que aislar en hoteles u otros lugares. Asimismo, señalan las posibles consecuencias psicológicas a largo plazo en los/as niños/as como ira, agresión y desprecio por la sociedad cuando han recibido de su entorno un mensaje negativo pidiendo que estos sanitarios se fuesen de su hogar y se alojasen en otro lugar. (143)

Respecto a las características de la pandemia y las medidas adoptadas para su manejo, algunos estudios coinciden en señalar que la situación de confinamiento y aislamiento pueden estar asociadas a la angustia en los/as niños/as. Las dudas sobre la enfermedad en sí, junto con la falta de contacto con personas de su entorno y un clima de hostilidad familiar, aumentan el estrés en la población infantil (144)

Los/as niños/as separados de sus cuidadores durante la pandemia (bien por la infección u hospitalización del niño, o de la niña, o de sus cuidadores) o que han sufrido la pérdida de un ser querido serán más propensos a presentar problemas psicológicos, miedo a la infección y ansiedad de separación, por lo que posiblemente necesitarán atención psicológica especializada (145)

Por último, se debe tener en cuenta que los antecedentes psicológicos previos a la pandemia también repercuten en el aumento de sintomatología específica posterior. En el caso de los/as niños/as con un apego ansioso establecido con sus padres, podrían manifestar reacciones de ansiedad por separación debido a que durante el confinamiento las relaciones con figuras de apego significativas resultan mucho más estrechas. Incluso podrían rechazar ir al colegio cuando se retomase la actividad escolar. De igual modo, niños/as con rasgos de introversión podrían intensificar sus reacciones de timidez al estar alejados de contextos sociales variados, o el/la niño/a con tendencia a preocuparse podría manifestar reacciones ansiosas y anticipaciones aprensivas de amenaza incluso tras la terminación de la cuarentena. (140)

2. La repercusión en niños/as y adolescentes de la pandemia y a las medidas adoptadas: cuarentena, confinamiento, distancia social, etc.

La planificación ante una pandemia debe considerar las necesidades de los niños y las niñas y sus familias, asegurando que no sufran traumas a largo plazo, ya sea por la experiencia de esa enfermedad o estrategias de respuesta de salud pública. Las necesidades únicas y específicas de los/as niños/as durante los desastres se han documentado en los hallazgos de la Comisión Nacional de Niños y Desastres y en un informe anterior del Centro Nacional de Preparación para Desastres, pero en ambos casos aparece poca referencia a las pandemias. (4)

Respecto al COVID-19, diversos estudios han hablado de las consecuencias en los/as niños/as debido a los cambios que se han producido en sus rutinas diarias, estilo de vida, actividad física, (143) su infraestructura social, cierre de escuelas (146), espacios de juego y actividades extraescolares que normalmente son factores protectores (39) y suelen ayudar a afrontar los eventos estresantes. Así como, factores estresantes como la duración prolongada, el miedo a la infección, la frustración y el aburrimiento, la información inadecuada, la falta de espacio personal en el hogar y la pérdida financiera familiar que pueden tener efectos aún más problemáticos y duraderos en niños/as y adolescentes. (147)

Un estudio preliminar realizado en la provincia de Shaanxi en China a mediados de febrero de 2020, indicó que los problemas psicológicos y de comportamiento más comunes entre 320 niños/as y adolescentes de 3 a 18 años eran apego, distracción, irritabilidad y miedo a hacer preguntas sobre la epidemia. (144)

En cuanto al bienestar físico, la situación de confinamiento puede tener resultados negativos para su salud (148), los/as niños/as se vuelven físicamente menos activos y pasan más tiempo con las pantallas, tienen patrones de sueño irregulares y dietas menos favorables, lo que resulta en un aumento de peso y una pérdida de la aptitud cardiorrespiratoria.

En relación a los efectos por el cierre de escuelas, debido a la cancelación de exámenes finales y de acceso a la universidad en muchos países, se ha realizado una encuesta a estudiantes de Hong Kong en marzo de 2020. Más del 20% de los 757 candidatos encuestados dijeron que sus niveles de estrés estaban en una puntuación 10 de 10, incluso antes de que se anunciara el aplazamiento. (146)

Los adolescentes pueden sentirse aislados de sus amigos y enfrentar grandes decepciones a medida que se cancelan o posponen las graduaciones, temporadas y eventos deportivos y otros eventos planificados. También pueden experimentar irritabilidad frecuente, cambios en el peso o los hábitos de sueño, pensamientos rumiativos sobre un evento desagradable y conflictos con amigos y familiares. (144)

Respecto a las medidas adoptadas, tanto el confinamiento como la cuarentena pueden suponer una situación estresante y los menores pueden reaccionar de manera más intensa o diferente a como lo harían normalmente. La evidencia sobre el impacto en la salud mental de los/as niños/as y adolescentes aún es limitada, es esperable que aparezcan más estudios que valoren la repercusión a medio y largo plazo en este grupo de población.

Varios estudios (47,149) señalan que el confinamiento en el hogar puede tener un impacto negativo en el bienestar físico y psicológico de niños/as y adolescentes.

Los primeros estudios del impacto psicológico de la cuarentena por COVID-19 en niños/as de China (147,150), han encontrado afectación sobre todo por la pérdida de hábitos y rutinas y el estrés psicosocial. Relacionado con estos resultados, un estudio realizado en Italia mediante encuesta a padres de niños/as de edades comprendidas entre 4 y 10 años, han observado distintas alteraciones y consecuencias psicológicas del COVID-19 tanto en hábitos ya adquiridos, como en estilo de vida previo y adaptación a los cambios. Concluyen que, según los padres, durante los primeros dos meses (57 días) de cuarentena, la pandemia parecía haber activado una respuesta de comportamiento emocional en los/as niños/as. Aproximadamente un/a niño/a de cada tres (33.95%) mostró una mayor demanda de proximidad física a los padres durante la noche y manifestó temores (27.45%) que nunca antes había tenido. Más de la mitad de los/as niños/as (68.41%) mostraron mayor irritabilidad, intolerancia a las reglas, caprichos y demandas excesivas, y aproximadamente uno de cada tres tuvo cambios de humor (36.60%), problemas de sueño que incluyen dificultad para conciliar el sueño, agitación y despertarse con frecuencia (28.66%), pero

también nerviosismo por la pandemia cuando mencionaban, en casa o en la televisión, el coronavirus o las restricciones (38.38%). Según la opinión de los padres, uno de cada cinco niños/as (18.58%) parecía más tranquilo y uno de cada tres (37.24%) más atento.

Casi todos (90.06%) parecían capaces de adaptarse a las restricciones de la pandemia, aunque uno de cada dos (61.40%) parecía más apático con respecto a las actividades que realizaban antes de la pandemia.

En un estudio italiano (151) sobre la interacción entre factores conductuales y psicológicos en las madres y niños/as durante COVID-19. Se observó un empeoramiento general de la calidad del sueño y la distorsión de la experiencia del tiempo tanto en madres como en niños/as, así como un aumento de los síntomas emocionales (tristeza y frustración) y dificultades de autorregulación en los/as niños/as. Los datos mostraron que estas medidas restrictivas (confinamiento y restricción social) tuvieron efectos negativos en los niveles conductuales y psicológicos de las madres y de sus hijos, con algunas diferencias según la situación laboral de las madres (tiene en cuenta las dificultades de conciliación familiar).

Los resultados psicológicos de los/as niños/as podrían considerarse como el resultado de un colapso en sus rutinas diarias, la imposibilidad de descargar su energía física debido al confinamiento en el hogar y la interrupción temporal de su relación con los compañeros, considerando que la mayoría de ellos asistieron a la escuela infantil.

Asimismo, tanto los/as niños/as que tienen sospecha de enfermedad o están contagiados y han sido puestos en cuarentena en hospitales o centros, como los/las niños/as cuyos padres están infectados o han fallecido debido a la enfermedad, pueden ser más susceptibles a los problemas de salud mental debido a su mayor riesgo de infección, al duelo y miedo causados por la pérdida o separación de los padres (145). Varios estudios señalan los efectos adversos a largo plazo en la salud mental por la pérdida o separación temprana de los padres, incluidas mayores posibilidades de desarrollar trastornos del estado de ánimo, delincuencia, psicosis e ideación de suicidio (143,148) y muerte por suicidio en la edad adulta. (145)

En otra investigación realizada en Italia (CNR 2020), encontraron que, para los/as niños/as menores de 12 años, el distanciamiento producía angustia psicológica debido a la separación de amigos y abuelos (64.5% y 47.5% respectivamente) y el uso excesivo de Internet para fines de juego y comunicación (33.5% y 19.2% respectivamente). (139)

Por último, dentro de nuestro país se está comenzando a analizar los efectos de esta situación en la población, también en la población infantil. Así, Orgilés et al. (49) examinaron por primera vez el impacto emocional de la cuarentena en niños/as y adolescentes en Italia y España.

Se realizó una encuesta a 1143 padres de niños/as italianos/as y españoles de 3 a 18 años. El 85.7% de los padres percibieron cambios en el estado emocional y el comportamiento durante la cuarentena. Los resultados muestran que los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76,6%), aburrimiento (52%), irritabilidad (39%), intranquilidad (38,8%), nerviosismo (38%), sensación de soledad (31,3%), inquietud (30,4%) y preocupaciones (30,1%), más propensos a discutir con el resto de la familia (29.7%), más dependientes de ellos (28%), ansiedad (28.4%), enfado (25.9%), más reacios (24.7%), tristeza (23.3%), miedo a la infección por COVID-19 (23.1%), más preocupado cuando alguien salió de la casa (22%) y comió más de lo habitual (21,9%). Los padres españoles informaron más síntomas que los italianos.

También encontraron que, los/as niños/as de ambos países usaron pantallas con mayor frecuencia, pasaron menos tiempo haciendo actividad física y durmieron más horas durante la cuarentena. Además, cuando la convivencia familiar se hizo más difícil, la situación

empeoraba y el nivel de estrés era mayor, los padres tendían a informar más problemas emocionales en sus hijos.(49)

3. Evidencias impacto COVID-19 TEPT en menores.

Concha López-Soler. Psicóloga Clínica. Prof^a. Titular. Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

En sentido estricto, hay pocas evidencias en estos momentos acerca de reacciones postraumáticas, evaluadas como TEPT en base a criterios clínicos o psicométricos, en niños/as y adolescentes, en parte por la escasez de investigaciones postCOVID-19, al estar en pleno desarrollo en la actualidad, y en parte por la necesidad de que se presenten los síntomas de reexperimentación, evitación, hiperactivación, y cambio en el humor y la cognición tres meses después del suceso traumático. Por otro lado, el confinamiento vivido hasta ahora ha podido resultar difícil, pero puede no haber provocado una experiencia potencialmente devastadora, en muchos menores. Sin embargo, en un sentido menos estricto, la pérdida de alguna persona cercana por COVID, el contagio o la experiencia de riesgo de contagio, y el conocimiento de pérdida de vida y el sufrimiento de personas, así como los cambios drásticos que conlleva el confinamiento y todas sus consecuencias psicosociales en niños y niñas y sus familias, han podido desencadenar reacciones postraumáticas iniciales, de diversa configuración clínica. Algunas investigaciones han informado sobre estas primeras reacciones en menores de 18 años.

En China, donde se inició antes el contagio, aparecen algunos datos que ponen de manifiesto las características de algunas reacciones psicológicas y de las condiciones ambientales y familiares que afectan y provocan o agravan su aparición en niños y niñas, tales como la cercanía de seres queridos, cuidados adecuados y consecuencias directas de la epidemia, resaltando la importancia de la pérdida de familiares cercanos, y el desarraigo familiar, así como problemas económicos y psicosociales graves. Aquellas personas que no confiaban en la capacidad de su propio médico para diagnosticar o reconocer COVID-19 tenían significativamente más probabilidades de tener puntuaciones más altas en las subescalas de estrés, y de ansiedad, y de depresión DASS. En el mismo sentido, el llevar a cabo las medidas higiénicas de prevención, se relacionó con menos sintomatología.

En este sentido Wang et al., (152), evaluaron el impacto psicológico mediante la Escala de Impacto de Eventos Revisada (IES-R), y el estado de salud mental, mediante la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21), a 1210 encuestados, en 194 ciudades de China, de los cuales 344 (24,4%) tenían entre 12 y 21,4 años. El 53,8% de los encuestados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; 16,5% presentaron síntomas depresivos moderados a severos; 28,8% informó de síntomas de ansiedad moderada a severa; y el 8,1% informaron niveles de estrés moderados a severos.

La mayoría de los encuestados pasaron 20-24 h por día en casa (84,7%). Como en otros trabajos, ser mujer, el estado previo, los síntomas físicos específicos (p. Ej., mialgia, mareos, coriza) y el mal estado de salud autoevaluado se asociaron significativamente con un mayor impacto psicológico del brote y mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$). La información específica de salud actualizada y precisa (p. ej., Tratamiento, situación de brote local) y medidas de precaución particulares (p. ej., Higiene de manos, uso de una máscara) se asociaron con un menor impacto psicológico del brote y niveles más bajos de estrés, ansiedad y depresión ($p < 0,05$). Sin embargo, estas son características de todo el grupo, y no se analiza específicamente a los menores.

En el estudio de Yuan, et al., (153), en el que el grupo de menos edad (18-24 años), fue el que presentó más problemas emocionales, quejas somáticas, en la calidad del sueño y de comportamiento. Los resultados mostraron que, en las dos semanas del estudio, los trastornos del sueño aumentaron significativamente en personas de 18 a 24 años (-0.433). Sin embargo, los comportamientos mejoraron significativamente en personas de entre 25 y 39 años (0.629), y la condición emocional y conductual mejoró en personas de 40 a 59 años (0.904 y 0.622).

Un meta-análisis, que excluye el diagnóstico TEPT, y analiza estudios que han examinado otros problemas de las emociones (internalización), y del comportamiento (externalización), en jóvenes expuestos a desastres naturales (154). Fueron analizados 62 estudios que examinaron problemas de internalización no TEPT y 26 estudios que examinaron problemas de externalización, con una media de edad en los estudios que analizaron síntomas internalizantes fue 12,61 y de los que analizan alteraciones externalizantes fue 9,59. La exposición a desastres naturales se asoció significativamente con la internalización no TEPT, y problemas de externalización. Los análisis de moderadores revelaron una asociación más fuerte entre la exposición a desastres y los problemas de internalización no TEPT en países con una clasificación de índice de desarrollo humano (IDH) "medio", $r = .56$, que en países con HDI "alto", $r = .15$ y "muy alto", $r = .16$. También encontramos una asociación más fuerte entre la exposición a desastres y los problemas de externalización en países con una clasificación media de HDI $r = .54$, frente a alta, $r = .05$, y muy alta, $r = .04$.

Un estudio interesante, aunque no de epidemias, es el de Mashiko, et al (155), acerca de la salud mental de los/as niños/as después del desastre nuclear de Fukushima en marzo del 2011. Esta investigación, se realizó con una muestra de 15.274 niños (de 4 a 15 años). Para evaluar el estado de salud mental, se empleó el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades (SDQ), que mide síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. Las proporciones de aquellos que obtuvieron una puntuación superior al límite (≥ 16) del SDQ, que refleja el rango clínico del estado de salud mental, fueron 25.0% (de 4 a 6 años, 27.6% niños, 22.3% niñas), 22.0% (de 7 a 12 años, 24.6% chicos, 19.3% chicas) y 16.3% (de 13 a 15 años, 15.9% chicos, 16.7% chicas), que eran más altas que en el estado habitual (9,5%). Los/as niños/as superan en problemas a las niñas desde los 4 hasta los 12 años, en el rango de edad de los 13 a los 15 años, desaparecen las diferencias.

En Europa, un trabajo inicial sobre menores (49), con una amplia muestra (N:1143, italianos, 62.3%), españoles, 37.7%), informa que en confinamiento por COVID-19, los padres percibieron cambios en sus hijos/as tanto emocionales como de comportamiento (mediante listado de 31 ítems), y concretamente detectaron más dificultades de concentración (76%), más quejas de aburrimiento que habitualmente (52%), más irritabilidad (39%), inquietud (39%), sentimientos de soledad (31%), y preocupaciones (30%), más propensos a discutir con el resto de la familia (29.7%), más dependiente de ellos (28%), más ansiosos (28.4%), más enojados (25.9%), mostraban más enfado (24.7%), más triste (23.3%), miedo a la infección por COVID-19 (23.1%), más preocupado cuando alguien salió de la casa (22%) y comió más de lo habitual (21,9%). Los padres españoles informaron de mayor número de alteraciones que los italianos. Los cuidadores principales/padres que percibieron más grave el confinamiento, informaron de más problemas en sus hijos/as en 15 de los 31 ítems, de igual modo que aquellos que presentaron más estrés durante la cuarentena, informaron de más problemas en 25 de los 31 ítems.

En menores españoles, tomando como datos las respuestas aceptable, una tasa de más del 20% del total de encuestados, observaron que las alteraciones en el confinamiento más frecuentes fueron: mayor dificultad para concentrarse (70%), más quejas de aburrimiento

(49%), está más inquieto(45%), nervioso (44%), irritable (43%), discute más (40%) y se enfada (32%), más difícil (39%), más dependiente de adultos (30%), y presenta más problemas de conducta (30%). Claramente los padres informan más de problemas externalizantes, sin embargo, los síntomas internalizantes están presentes (ver tabla), y también han aumentado, sin que lleguen a ser considerados por los padres tan frecuentes como los externalizantes. Esta percepción más leve de los problemas de ansiedad, depresión y somatizaciones, es frecuente en la derivación de menores a servicios clínicos, ya que dicha sintomatología provoca menos conflicto en la convivencia tanto familiar como escolar. Sin embargo, no deben ser ignorados, pues a menudo son el inicio de problemas externalizantes y de cuadros con alta comorbilidad. Los posibles indicadores de TEPT están presentes, aunque no hay, igual que para otros trastornos, un grupo específico de síntomas de reexperimentación, y evitación, si aparecen algunos de hiperactivación (pesadillas, problemas sueño, se alarma fácilmente, asustado), que, combinado con otras variables ambientales, como haber tenido pérdidas de personas queridas, y/o familiares contagiados, así como otras variables psicosociales de riesgo, pueden facilitar el desarrollo del TEPT posteriormente.

1. Mi hijo está preocupado	27%
2. Mi hijo está inquieto	45%
3. Mi hijo está ansioso	16%
4. Mi hijo esta triste	18%
5. Mi hijo tiene pesadillas	15%
6. Mi hijo es reacio	21%
7. Mi hijo se siente solo	18%
8. Mi hijo se despierta frecuencia	16%
9. Mi hijo duerme poco	17%
10. Mi hijo es muy indeciso	16%
11. Mi hijo esta difícil	38%
12. Mi hijo está nervioso	44%
13. Mi hijo tiene miedo dormir solo	24%
14. Mi hijo discute con el resto de la familia	40%
15. Mi hijo es muy callado	5.6%
16. Mi hijo llora fácilmente	23%
17. Mi hijo está enojado	32%
18. Mi hijo pregunta por la muerte	12%
19. Mi hijo se siente frustrado	23%
20. Mi hijo esta aburrido	49%
21. Mi hijo esta irritable	43%
22. Mi hijo tiene dificultades para dormir	9.2%
23. Mi hijo no tiene apetito	12%
24. Mi hijo se alarma fácilmente	14%
25. Mi hijo tiene dificultad concentrarse	69%
26. Mi hijo tiene miedo COVID-19	23%
27. Mi hijo depende mucho de nosotros	36%
28. Mi hijo tiene quejas físicas(dolores)	20%

A partir de los datos extraídos de las investigaciones realizadas en época COVID, se observa un aumento de alteraciones psicológicas en los menores, que abarcan una amplia gama de sintomatología internalizante y externalizante, así como una mayor dependencia de los cuidadores principales. En menores españoles e italianos, evaluados mediante informe de padres al mes de confinamiento, los problemas de concentración y comportamiento están claramente predominando, aunque el incremento de problemas de ansiedad, depresión,

somatizaciones y estrés postraumático están presentes en un promedio del 20% de los menores.

El conjunto de datos aportados por las investigaciones sobre el impacto psicológico del confinamiento y de la pandemia por COVID-19, indican un incremento en sintomatología clínica tanto de tipo internalizante como externalizante, sin tener aún datos de estimación seguros, a excepción del aumento general y de su relación con variables de cercanía de la enfermedad, pérdidas o contagio de familiares y otras condiciones psicosociales de riesgo, tanto asociadas la fase COVID (pérdida de condiciones previas de trabajo o personales...), como de otras previas (monoparentales, problemas de salud, viviendas inadecuadas...).

4. Pérdidas, fallecimientos y duelo

Distintas asociaciones y entidades, unidades de salud mental y profesionales han realizado guías de afrontamiento del duelo, en especial ante el COVID-19 ya que, las circunstancias que rodean las pérdidas debidas a esta pandemia difieren en cierto modo de otro tipo de pérdidas.

Debemos tener en cuenta que el duelo no sólo lo realizamos ante fallecimientos de seres queridos, sino también ante cualquier pérdida en nuestra vida que sea importante para nosotros. Por lo que, gran parte de los cambios que se han producido en nuestra vida diaria tanto por la enfermedad como por las medidas para su control conllevarán una adaptación y elaboración por nuestra parte, mediada en muchos casos por nuestras características personales (socioeconómicas, psicológicas, etc.).

Durante el confinamiento y mientras duren estas medidas en las que se limita la asistencia a los cementerios y rituales de despedida, no sólo han fallecido personas debido al COVID-19 sino también por otras causas. En todas esas muertes se hace complicado el afrontamiento y elaboración del duelo si no podemos llevar a cabo los rituales funerarios necesarios por ideología o religión, que nos ayudan a poder sobrellevar el fallecimiento. Incluso, muchas personas que estaban inmersas en un proceso de duelo previamente a la pandemia, se han visto privadas de su grupo de apoyo, de su terapeuta o de sus rutinas, ya de por sí particulares por estar en duelo. Esto es un factor de riesgo a tener en cuenta, ya que puede hacer que se ralentice, agudice y/o cronifique el proceso de duelo previo. (156)

Como ha reflejado el ministerio de sanidad, en un documento sobre afrontar el duelo en tiempo de coronavirus, puede considerarse como un "**Duelo de Riesgo**", porque tiene varios factores que pueden hacer que el proceso de recuperación sea más difícil, tanto por la naturaleza traumática de todo lo que ha acompañado a la muerte, como por los enormes déficits de apoyo social vinculados al confinamiento. La ayuda, el acompañamiento emocional en esos primeros momentos puede ser clave para la prevención de un posterior duelo complicado.

La muerte durante el COVID-19 conlleva la crueldad adicional del aislamiento. La muerte en la soledad no solo causa sufrimiento a los que mueren, sino que puede dejar secuelas en forma de duelo patológico para los que están cerca de ellos y también para los profesionales de la salud, que a veces son los únicos que brindan apoyo al paciente terminal. Debemos ser capaces de anticipar la alta prevalencia esperada de duelo complicado que seguramente se producirá estableciendo planes preventivos que identifiquen a los sujetos de alto riesgo en las primeras etapas. (157)

Como exponen en la guía creada por la OME-AEN -Osasun Mentalaren Elkartea, integrada en la Asociación Española de Neuropsiquiatría, la despedida no es posible, el dolor intenso se ha complicado por las normas de aislamiento del estado de alarma que impiden el

contacto físico habitual, falta la calidez del entorno, impidiendo la socialización de procedimientos que han de realizarse en la soledad de una vivienda. Tanatorios que restringen la asistencia de personas, sin abrir el féretro, sin contacto físico con tus seres queridos, sin calor humano. Llega a ser inhumano no poder abrazarse, no saludarse, no tener expresiones de afecto. No poder acudir o tener que asistir por separado al cementerio en un proceso rápido, todo esto contribuye al inicio de un duelo complicado y sin poder hacer un buen cierre con nuestros seres queridos.

Todos los eventos relacionados con la muerte, entierro, funerales (ritos, ceremonias y prácticas) y duelo en el contexto del brote global del COVID-19, pueden variar, pero todas las culturas dan importancia a marcar el paso de los seres queridos. El entierro y los funerales simbolizan la conexión entre la persona fallecida y sus redes socioculturales, y para muchas sociedades, no llevarlos a cabo adecuadamente puede tener repercusiones sociales y espirituales para las familias y las comunidades. Cuando se niegan procesos importantes relacionados con la muerte, puede haber un impacto significativo tanto a nivel individual como social, sin embargo, las personas generalmente se adaptarán si entienden la necesidad y se acuerdan alternativas aceptables. (158)

Cambiar las políticas en torno a los ritos funerarios puede exacerbar los sentimientos de incertidumbre, pérdida y desesperación, y las nuevas pautas pueden afectar la capacidad de la familia para procesar la pérdida. Durante brotes anteriores (como durante el brote de ébola en África occidental), las medidas de distanciamiento y separación física aumentaron los sentimientos de dolor, pérdida, angustia, culpa e impotencia entre los miembros de la familia. (158)

En los miembros de la familia que pierden a sus seres queridos por la pandemia se genera ira y resentimiento. También sienten vergüenza, culpa o estigma por los miembros de la familia que están enfermos y / o en cuarentena, y algunos estudios informaron TEPT y depresión entre los miembros de la familia y contactos cercanos. (148)

5. Duelo en niños/as y adolescentes

El afrontamiento del duelo se debe de plantear siempre a largo plazo, porque requiere un tiempo que es indeterminado, y es que, cada persona, cada niño o niña necesita un tiempo, su tiempo, para aprender a vivir sin lo que ha perdido.(159)

Debemos tener en cuenta cómo comunicarles la muerte de un familiar, para ello como señalan desde los servicios de salud de la Generalitat de Catalunya, nos haremos las siguientes preguntas:

- Quién: la persona con más vínculo (los progenitores siempre que sea posible).
- Cuando: cuanto antes, pero hay que hacerlo de forma presencial.
- Dónde: en un lugar íntimo y seguro, donde pueda expresar libremente lo que sienta.
- Como: de manera clara y concisa, dando espacio para responder las preguntas que tenga.

Como indican en el manual elaborado por la FMLC, el duelo de los/as niños/as y los adolescentes se ve influido directamente por los siguientes factores:

- **La edad del niño/a:** y sus capacidades cognitivas y emocionales, que pueden estar en construcción, sin haberse desarrollado totalmente como las de los adultos.
- **El tipo de relación y de vínculo que mantenía con la persona fallecida:** figura de referencia o familiar directo por el que no sentía apego, o con quien apenas tenía contacto.

- **Los recursos externos** de los que se dispongan para garantizar la atención y cuidados del niño/a.
- **Los recursos internos** de los que disponga el niño/a y cómo haya afrontado anteriormente otras dificultades, frustraciones o pérdidas distintas a la muerte.

Distintas guías y manuales señalan la importancia de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el menor, tanto para la comprensión y elaboración del duelo como para ayudarnos a explicarlo y comunicarlo. Por lo tanto, debemos adaptar el mensaje en función de la edad o de las capacidades comprensivas del menor. Como pauta nos puede servir lo siguiente:

5.1. Antes de los 2 años:

- Mantener las rutinas en la medida de lo posible, sustituir al fallecido en las rutinas.
- Garantizar su seguridad y cuidado; explicar que no se quedan solos, sin cuidadores.
- Poder anticipar la muerte.
- Usar palabras adaptadas y emociones adecuadas a la situación.

5.2. De los 3 a los 6 años:

- Utilizar un lenguaje concreto y claro cuando hablamos de la muerte.
- Si es necesario, se aconseja usar cuentos, películas o historias para que pueda entender qué pasa, siempre ajustado a la realidad.
- El día de la despedida pueden realizar actos simbólicos: llevar un dibujo, juguete o algo que les sea relevante.
- Comprender la insensibilidad post-mortem.
- Tranquilizar ante la posibilidad de otras muertes.

5.3. De los 6 a los 12 años:

- Aclarar aspectos reales de la pérdida para no potenciar miedos.
- Dar un espacio para la expresión emocional y para la realización de preguntas.
- Hablar de la persona que ha muerto, mirar fotos o recordar anécdotas y momentos de la convivencia es positivo para elaborar este duelo.
- Entender todas las dimensiones de la muerte.
- Explicar los rituales y dejarles participar si así lo desean.
- Prepararlos para el desenlace, si es posible.
- Valorar su opinión, en torno a los 9-10 años.
- Compartir nuestras experiencias, las emociones y los sentimientos.
- Normalizar y validar las emociones.

5.4. Adolescencia, a partir de los 13 años:

- Ofrecer algún ejemplo de cómo nosotros hemos elaborado un duelo anterior o como ellos lo hicieron en otro momento (con algún ser querido, animal de compañía, etc.).
- Estar disponibles a la vez que respetamos que tengan su espacio.
- Dejar que se sientan parte activa de todo y valorar su opinión.
- Minimizar los cambios.
- Evitar mensajes de fortaleza o responsabilidad.

6. Signos de alarma. Duelo complicado

Como señalan en la guía sobre el duelo en la infancia y la adolescencia del colegio de médicos de Bizkaia, algunas conductas nos pueden alertar sobre un posible duelo complicado. Algunos contextos especiales donde se ha producido la muerte como pueden ser desastres, catástrofes

y en este caso la pandemia, pueden ser de riesgo para el desarrollo normal del duelo en la infancia. En todo caso, debe ser valorado por un especialista. A modo de recomendación, algunas de las conductas que nos deben alertar si se vuelven excesivas en cuanto a intensidad y/o a duración:

6.1. Hasta los seis años

- Incapacidad para realizar aquellas cosas que ya realizaban de forma autónoma: no vuelven a su cama, dejan la luz encendida, no quieren dejar el chupete...
- Llantos constantes que no cesan.
- Ansiedad de separación que no remite.
- Miedos incapacitantes, terror ante cosas cotidianas que antes no existían.
- Insomnio prolongado o pesadillas recurrentes que antes no tenía.
- Síntomas depresivos como apatía, tristeza profunda, negativa a iniciar actividades agradables.
- Negativa a comer, pérdida significativa de peso.

6.2. A partir de los seis años

- Aislamiento familiar, se cierra a la comunicación.
- Aislamiento social extremo elegido: cree que no le van a entender.
- Aparente anestesia emocional: apenas es capaz de expresar las emociones asociadas a la muerte.
- Excesiva responsabilidad o colaboración tras el fallecimiento. Tendencia exagerada a cuidar a otras personas.
- Síntomas persistentes de ansiedad, nerviosismo en sus actividades cotidianas.
- Malhumor y agresividad constante, incluso agresiones a sus iguales.
- Síntomas depresivos que se mantienen: insomnio, regresión a etapas anteriores, apatía, pérdida de interés por cosas que antes le interesaban.
- Bajada drástica de actividad: no le apetece participar en nada.
- Incapacidad para reintegrarse al ámbito académico.
- Problemas de concentración que se prolongan.
- Bajada drástica del rendimiento escolar, que se mantiene en el tiempo.
- Miedos prolongados e impropios de su edad.
- Ansiedad de separación que no cesa.
- Somatizaciones persistentes que no tienen una explicación médica: dolores de cabeza, de tripa, vómitos, dolores musculares...

6.3. En la adolescencia

- Irritabilidad extrema o cambios de humor constantes que no se normalizan.
- Agresividad extrema o impulsividad que no puede controlar.
- Ira hacia quienes le dieron la noticia o hacia el personal sanitario que no pudo hacer más, llegándoles a hacer responsables directos de la muerte.
- Pensamientos negativos recurrentes sobre la muerte que no cesan.
- Pone en práctica conductas de riesgo porque la vida ha dejado de preocuparle, de tener valor para él o ella.
- Ideación suicida que llega incluso a la elaboración de un plan de suicidio.
- Sintomatología depresiva mantenida.
- Culpa que no cesa.
- Reacciones mantenidas de entusiasmo o alegría inadecuados.
- Consumo de sustancias que antes no consumía y/o aumento de las que ya consumía.
- Incapacidad para retornar a sus rutinas habituales.
- Bajada significativa del rendimiento académico.

- Aislamiento extremo: no quiere participar en eventos sociales en los que antes sí participaba.
- Asunción de responsabilidades que antes no asumía, que influyen en su vida social.
- No quiere tocar las cosas del fallecido, prefiere dejarlo todo como si la persona fuera a volver.
- Quejas somáticas relacionadas con la enfermedad de la persona fallecida.
- Aparición de otros trastornos somáticos, obsesivos, de ansiedad, de separación, que anteriormente no se habían manifestado o no eran significativos

7. RECOMENDACIONES

La comprensión de los niños y las niñas evoluciona a lo largo de la infancia y la adolescencia. Por lo tanto, cuando los adultos hablen con ellos, la información proporcionada debe tener en cuenta la edad y el nivel de comprensión del niño/a. Sus padres o cuidadores deberán regular la información a la que están expuestos por medio de las múltiples vías (televisión, radio, otras personas de su alrededor, etc.), ya que muchas veces reciben grandes cantidades de información que no pueden procesar y altos niveles de estrés y ansiedad por parte de los adultos. Asimismo, se debe tener en cuenta la necesidad de información por parte de los menores para elaborar una explicación de lo que está ocurriendo, hablándoles de manera honesta, pero sin abrumarles con los miedos propios.

Validar y normalizar sus reacciones emocionales, tranquilizar a los niños y las niñas sobre cómo se cuidará a la familia ayuda a contener la ansiedad. (160)

La principal recomendación que podemos extraer de la literatura existente, y de los manuales, guías e informaciones elaboradas con relación al COVID-19, tienen que ver con la comunicación en los/as niños/as y adolescentes. Así la comunicación sensible y efectiva sobre enfermedades que amenazan la vida tiene importantes beneficios para los/as niños/as y el bienestar psicológico a largo plazo de sus familias. Escuchar lo que los/as niños/as creen sobre la transmisión de COVID-19 es esencial. Proporcionarles una explicación precisa que sea significativa para ellos garantizará que no se sientan innecesariamente asustados o culpables.

Muchos países y organizaciones internacionales están tomando medidas para salvaguardar el bienestar mental de los niños y las niñas y los jóvenes durante el brote de COVID-19, por ejemplo, emitiendo una guía básica para padres y cuidadores sobre cómo hablar sobre el brote con sus hijos de manera apropiada para su edad, que disminuye la ansiedad. La mayoría de las orientaciones se centran en apoyar a los/as niños/as cuando muestran estrés o angustia, para encontrar formas positivas de expresar sus sentimientos, como jugar o dibujar, orientar sobre el mantenimiento de rutinas familiares, formas de mantener el contacto entre los/as niños/as y los cuidadores si están separados, y mantener contacto social con sus pares.

Unicef (161) recomienda un diálogo abierto para resolver cualquier duda sobre el coronavirus por parte de los niños y las niñas. Entre las principales medidas, alienta a hacer preguntas y escuchar con mucha atención para evaluar cómo ayudarlos a enfrentar la pandemia actual. Los padres pueden invitar a los niños y las niñas a hablar sobre lo que saben o entienden sobre el tema, descubriendo qué y cuánto necesitan para intervenir o explicar, o para desarrollar estrategias utilizando juegos, dibujos e historias para construir una aceptación y apreciación adecuadas de la nueva situación o iniciar una conversación. Considera que, en el caso de los/as niños/as muy pequeños/as, es suficiente reforzar las prácticas de higiene sin estimular nuevos miedos.

Valorar lo que siente el niño o la niña y mostrarse disponible para hablar es fundamental para que se sienta apoyado y protegido.(144)

En esta misma línea, el colegio de psicólogos de Madrid ha realizado un documento con recomendaciones para explicarles el brote de coronavirus a niños/as y adolescentes. Sobre qué explicarles, acuerdan que no se espere a que pregunten para hablarlo con ellos/as, se debe corregir información errónea o mal interpretada, ser sinceros en cuanto a que se trata de un virus peligroso porque se contagia con facilidad, y por lo tanto debemos protegernos de él, informar sobre los síntomas más frecuentes y sobre que la mayoría de los casos se recuperan, dar seguridad y confianza informándoles de que hay muchos profesionales sanitarios para curar, entender el virus, reducir sus riesgos y encontrar una vacuna.

Y sobre el cómo explicarlo, consideran que no se debe ignorar sus miedos o dudas, utilizando un lenguaje adaptado a su edad y a sus conocimientos, si no se lo explicamos bien recurrirán a la fantasía para compensar la falta de información, hablar con frecuencia sobre el tema, pero sin saturarles con demasiada información, promover espacios de encuentro para la comunicación con ellos donde se sientan seguros y tranquilos para expresar, escuchar y preguntar, etc.

Es fundamental que se intente mantener las rutinas y horarios, que incluyan jugar, aprender y relajarse(162–164). Tras la cuarentena, si se mantienen rutinas y hábitos saludables y se proporcionan los apoyos necesarios por parte de los cuidadores, es esperable que la mayoría de niños/as y adolescentes recuperen su funcionamiento normal, si bien es posible que una minoría pueda necesitar tratamiento psicológico tras el confinamiento, especialmente quienes ya presentaban problemas psicológicos. (140)

Las intervenciones de refuerzo o de mejora de la resiliencia pueden ser ineficaces y tal vez incluso perjudiciales.(165)

EVIDENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA Y EL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN LA POBLACIÓN CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUSTISTA (TEA)

Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Isabel Cuellar Fernández. Psicóloga Clínica, Hospital San Carlos, Madrid, AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Fernando González Serrano. Psiquiatra. Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza. Bilbao. SEYPNA

Marina Mestres Martorell: Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centro de Investigación y Formación Carrilet. Espai Essen Lleida. Profesora asociada de la Universidad de Lleida (UdL).

Júlia Miralbell Blanch: Psicóloga y Neuropsicóloga. Centro de Diagnóstico y Centro de Investigación y Formación Carrilet. Departamento de psicología clínica y psicobiología, Universidad de Barcelona (UB).

Àngels Morral Subirà: Terapeuta Psicomotriz especializada en Trastorno del Espectro Autista. Centro de Tratamientos Carrilet, docente y coordinadora del grupo de supervisión de abordaje corporal en TEA.

1. Introducción

Aunque no tenemos información empírica suficiente para valorar el impacto que el Covid-19 está teniendo en las personas con autismo y TEA, la información disponible sobre los Centros de Atención a este grupo de personas y la de otros colectivos (incluidas las asociaciones de familiares) sugiere un riesgo elevado tanto en su salud física y mental como en la de sus cuidadores. Una razón añadida es la alta dependencia en relación a los adultos de su entorno y a los recursos sanitarios, educativos y sociales.

Las personas con TEA pueden ser consideradas un grupo especialmente vulnerable a la infección por Covid-19, a las medidas de confinamiento y a las restricciones en las actividades habituales (164,165). Asimismo, tienen también mayor probabilidad que la población general a sufrir alergias y enfermedades autoinmunes (166), lo que podría suponer también un mayor riesgo de requerir una posible hospitalización debido al COVID-19.

En caso de hospitalización es importante resaltar que muchos de los hospitales en España carecen de medidas óptimas para apoyar las necesidades de las personas con TEA o con algún grado de Discapacidad, siendo frecuentes los problemas de conducta durante las mismas, derivando así en un mayor uso de psicofármacos para su control (167). Por otro lado, algunos países han desarrollado políticas donde esta población tiene mayor riesgo de recibir atención médica con menos prioridad en situaciones críticas (168) lo que puede constituir una discriminación negativa en los tratamientos para este colectivo de personas. Por lo tanto, trabajar desde una óptica preventiva que ponga el énfasis de su esfuerzo en evitar la infección y la hospitalización se convierte en un objetivo prioritario en esta población.

Hay pocos datos sobre las tasas de infección entre este colectivo tanto en la comunidad como en los medios residenciales, aunque la evidencia de daño en las personas mayores que viven en hogares residenciales apunta al alto riesgo de infección en colectivos de personas que viven juntas (169). La falta de pruebas de detección y la carencia de equipos de protección individuales para el personal aumenta todavía más este riesgo de infección en ámbitos residenciales (170).

En entornos comunitarios, las personas con TEA, también podrían presentar un mayor riesgo de contagio por el alto nivel de apoyo que precisan por parte de los miembros de la familia o de cuidadores remunerados, que pueden ser también vectores de infección.

El Ministerio de Sanidad en la Instrucción de 19 de marzo de 2020 que viene a aclarar aspectos del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, tanto sobre la actividad de circulación por las vías de uso público permitiendo la realización de actividades de asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables, siempre y cuando se respeten las medidas necesarias para evitar el contagio. Pero pese a ello hubo signos de hostigamiento colectivo que hizo a algunas familias proponer alternativas como el lazo azul, pero rechazadas por las confederaciones de TEA autismo y de Plena Inclusión que recogen la mayoría de las asociaciones de discapacidad y TEA en España.

Otro aspecto a tener en cuenta en esta pandemia para las personas con TEA es la limitación para la comprensión de la información sobre la infección que surge de sus características cognitivas. En base a esto, su seguridad va a depender en un alto grado de sus cuidadores. Aunque lograr una vida más independiente con bajos niveles de apoyo es positivo en circunstancias estables, en un cambio marcado y rápido de las circunstancias sociales como en una pandemia puede ser necesario aumentar algunos apoyos para adaptarse mejor a las circunstancias y exigencias sociales (47).

2. Evidencias científicas sobre el impacto del confinamiento en la salud mental de las personas con TEA y sus familias.

La literatura científica en relación con los efectos del confinamiento en personas con Autismo y TEA es escasa, y aún más en esta situación de emergencia sanitaria que tiene características de excepcionalidad, tanto en nuestro medio social y como a nivel mundial. Por ello van a ser fundamentales las observaciones clínicas y las recomendaciones de expertos que trabajan asistencialmente con estas poblaciones, hasta que en el futuro podamos tener estudios más concluyentes.

Para las personas con TEA, el exceso de información relacionada con COVID-19 en los medios y en las redes sociales puede suponer un foco de estrés y ansiedad, lo que conduce a su vez a alteraciones del comportamiento, desarrollo de ansiedad y/o pensamientos autorreferenciales secundarios (171).

En relación al estado mental y de funcionamiento en actividades de la vida diaria de la persona con TEA, solo se han descrito manifestaciones características del Covid-19 relacionadas con síntomas de la infección como la sequedad buco-dental o la falta de olor (172).

No existen estudios publicados sobre sintomatología clínica o calidad de vida en personas con TEA y sus familias en el confinamiento. Hay revisiones sistemáticas de estudios con otros colectivos (40,47) que sugieren que una situación como la actual implica un mayor riesgo de efectos psicológicos negativos pudiendo precipitar o agravar los trastornos mentales (65).

Aunque no existen datos al respecto, algún subgrupo de TEA de alto rendimiento, con alto componente de hipersensibilidad sensorial podrían aumentar su funcionalidad o reducir su malestar en situaciones de aislamiento debido a su escaso interés social y a la ausencia de estrés ambiental, sin embargo, probablemente sería el grupo con mayores dificultades en el desconfinamiento.

Los problemas de conducta, más específicamente en personas con TEA, como resultado de las medidas de confinamiento en la pandemia pueden ser difíciles de manejar usando medidas conductuales, lo que también puede llevar a un mayor riesgo de uso de medicamentos psicotrópicos (173,174).

Se han descrito variables que hay que tener en cuenta como la duración del confinamiento, miedos a la contaminación e infección, frustración por no poder salir cuando a uno le apetece, aburrimiento, falta de apoyo o información inadecuada que pueden agravar la situación de vulnerabilidad previa y los recursos que uno tiene para afrontar esta situación. Hay variables o estresores que van a influir a largo plazo y que todavía tendremos que esperar para evaluar sus efectos, aunque podemos considerar como relevantes algunos como la pérdida de poder económico o el estigma, así como las incertidumbres sobre cómo será la recuperación de la normalidad Postcovid-19 (47).

La fisiopatología y la respuesta del Sistema Nervioso Central ante la incertidumbre, como la que estamos viviendo actualmente a nivel sanitario, tiene como objetivo primario la supervivencia y pasa por la respuesta de áreas cerebrales más arcaicas y la acción de mecanismos de defensa más primitivos como la huida, la lucha o el bloqueo (175). Las reacciones tienden a ser más conductuales, impulsivas y sin mentalización. Si todo este sistema de reacción se mantiene en el tiempo, se producirán efectos negativos en la salud física y mental. Su desactivación dependerá de la recuperación de la percepción de seguridad. En la población con TEA se ha observado una disfunción de estos circuitos cerebrales (176,177) con evidencias de respuestas de hipoactivación (no se percibe el

peligro) o de hiperactivación (percepción de peligro exagerada). Esto implica que las personas con TEA tengan un difícil manejo de situaciones inciertas lo que puede producir altos niveles de ansiedad (178). Como respuesta se va a buscar una “falsa seguridad” con comportamientos que se pueden interpretar como peculiares a ojos de los demás e incluso, siendo poco conscientes de la realidad que les rodea, mostrando poca o ninguna preocupación por la situación actual y con una respuesta emocional poco acorde con ésta. Aunque las reacciones ante las incertidumbres pueden ser muy variables, el objetivo común será aumentar la sensación de control de la situación.

El impacto en las familias del cuidado de un/a niño/a con TEA durante el periodo de confinamiento es alto ya que el manejo de estos menores en el contexto de las medidas restrictivas impuestas para la evitación del contagio es complicado. Por otro lado, teniendo en cuenta que los/as niños/as con este tipo de trastornos reciben habitualmente intervenciones intensivas por parte de terapeutas a domicilio o en recursos especializados (USMIJ, medios residenciales, centros de día o servicios de respiro, asociaciones de familiares), el no disponer de este tipo de apoyos debido a la pandemia, aumenta aún más este impacto. Aunque no hay estudios al respecto, publicaciones de expertos en este campo si plantean un probable aumento del stress familiar y posible impacto en la economía familiar derivado de la necesidad de proporcionar atención durante las 24 h entre los familiares y cuidadores remunerados. Haciendo eco de esta necesidad, algunas organizaciones plantean la necesidad de apoyo adicional para las familias de personas con DI (179,180).

Han surgido algunas publicaciones de expertos en este campo haciendo recomendaciones de manejo para niños/as con TEA (183) y se han publicado diversas guías (180), materiales informativos y estrategias de apoyo específicas para las personas con TEA (109,173,179,181-185). Incluyen:

- Explicar (incluye uso de apoyos visuales) al hijo/a qué es el Covid-19 y los nuevos hábitos para protegerse (Lavado de manos, mascarillas), teniendo en cuenta su nivel cognitivo.
- Planificar rutinas y actividades de la vida diaria.
- Proponer actividades de juego semi-estructurados.
- Usar juegos educativos.
- Compartir videojuegos (buen uso) con los familiares.
- Generar y compartir intereses especiales con los familiares.
- Mantener la terapia on-line adaptada con los padres y con pacientes que lo puedan aceptar.
- Consultas telemáticas y seguimiento frecuente (y a demanda) con los especialistas (sanidad, servicios sociales, atención temprana).
- Mantener el contacto con el Centro Educativo.
- Promocionar el tiempo libre y el ejercicio físico.

Otro punto abordado en algunas publicaciones es el riesgo de situaciones de maltrato a menores favorecido por el confinamiento y la falta de acceso a redes externas (sanitaria, escolar y de trabajo social). El aumento de casos de abuso infantil ya ha sido reportado anteriormente en otros desastres naturales o ambientales y actualmente otra evidencia de esta realidad es el aumento de llamadas telefónicas a las líneas de ayuda a menores y la mayor asistencia policial relacionada con incidentes de abuso doméstico (186). Este aumento de violencia doméstica detectado en la población general durante la pandemia debería alertar sobre el potencial riesgo para este colectivo (187), ya que se trata de un grupo de población con mayor vulnerabilidad al abuso y maltrato (188,189).

En definitiva, la mayor vulnerabilidad de la persona con autismo y sus familiares nos hace pensar en la probabilidad de la aparición de nueva sintomatología o un agravamiento de la ya existente y en consecuencia una pérdida de autonomía y calidad de vida. Algunas hipótesis serían (190):

- En personas con TEA: Altos niveles de estrés, dificultades de regulación, aumento de conductas disruptivas, agravamiento de las condiciones comórbidas de salud mental.
- En familiares: Altos niveles de ansiedad y estrés, sentimientos de desesperanza y falta de control de la situación, dificultades para gestionar la situación familiar y el funcionamiento de la persona con TEA, dificultad para conciliar la actividad profesional y familiar.

Por otra parte, se señala, en los datos recopilados por Autismo España, el estado preocupante de la red de apoyo y servicios a la persona con TEA y su familia, con la paralización o cierre de la mayoría de los recursos específicos, permaneciendo activos los recursos residenciales y de vivienda y las urgencias. A esta situación hay que añadir el aumento significativo de contagios sobre todo en entornos residenciales y la disminución de profesionales por las medidas de cese temporal de su actividad laboral. Teniendo en cuenta esta realidad los servicios clínicos especializados para personas con TEA deben adaptarse al entorno cambiante en el que brindan atención, siendo una herramienta terapéutica importante el uso de las nuevas tecnologías (191).

Un último aspecto a considerar son los posibles efectos a largo plazo de la infección por COVID-19, que, a día de hoy, son meramente especulativos. Basándonos en evidencias de otras epidemias como la del virus del Zika donde se notificaron casos de microcefalia con alteraciones neurológicas (192), uno de los interrogantes a resolver sería la posible acción neurotrópica o neurotóxica del virus y su posible impacto en el neurodesarrollo fetal y futuros trastornos mentales. En este sentido el seguimiento prospectivo de estos pacientes será esencial para aumentar la base de evidencia.

Para ofrecer la mejor protección en futuras pandemias, es necesaria una buena base de conocimientos basados en evidencia ya que existen pocos datos al respecto en el campo de los TEA. La protección de las personas vulnerables, especialmente aquellas con algún grado de Discapacidad y sus cuidadores, debe ser una prioridad en cualquier planificación para futuras pandemias. Es importante educar a los cuidadores y las personas con TEA sobre los signos de infección con COVID-19 junto con medidas de comportamiento para reducir la propagación de la infección. Los servicios clínicos desempeñarán un papel importante en la difusión del conocimiento y la educación sobre COVID-19. Se deberá profundizar en la valoración empírica de la actividad asistencial como una responsabilidad y un interés asumido por la mayoría de los modelos de intervención en salud mental. Además, se acepta que las decisiones asistenciales tienen que fundamentarse, con el complemento del criterio clínico, en la evidencia empírica(193). En el mismo sentido la realización de estudios en personas con TEA será clave para comprender y abordar mejor la situación actual y los posibles futuros confinamientos.

Es importante, finalmente, subrayar la necesidad de incluir consideraciones éticas para la prestación de servicios clínicos (168) lo mismo que en otros grupos poblacionales.

OTRAS POBLACIONES CON TRASTORNOS, CONDUCTAS O PROBLEMÁTICAS ESPECIALES

1. El suicidio o las conductas autolesivas

M^a Dolores Moreno Pardo. Psiquiatra. Unidad de Adolescentes. H. Gregorio Marañón Madrid. Profesora asociada de Medicina Universidad Complutense. Madrid. AEPNYA
Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

Hasta el comienzo de 2020, se creía que nuestras sociedades modernas habían reemplazado epidemias microbianas con epidemias de comportamiento, tales como la depresión, el consumo de sustancias, y el más silencioso, el suicidio. (78)

Se ha producido un aumento mundial sin precedentes en la soledad, los suicidios y el uso de sustancias durante los últimos años(85). Tanto el aislamiento social real como el percibido están asociados con un mayor riesgo de mortalidad temprana(194)

Irónicamente, la globalización nos trajo una nueva distopía, en la que la lucha contra la epidemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) se basa esencialmente en el distanciamiento social en todo el mundo, con una buena parte de la humanidad en cuarentena actualmente. Si bien la soledad ya es muy prevalente en la población general, se teme que será más pronunciada durante la cuarentena del brote de COVID-19, lo que provocará posiblemente efectos dramáticos en las personas más vulnerables, incluidos los pacientes psiquiátricos.(78)

La prevención del suicidio en el contexto de situaciones adversas como el desempleo y la inseguridad financiera relacionada con COVID-19 es una prioridad crítica de salud pública. Ello precisará de implementar apoyos económicos y soporte y apoyos con riesgo inminente además de estrategias de mejora de la resiliencia individual.(195)

Aunque la crisis actual puede traer oportunidades para el crecimiento personal y la cohesión familiar, las desventajas pueden ser mayores que estos beneficios(8)

La ansiedad, la falta de contacto con otras personas, como compañeros, y la reducción de las oportunidades para la regulación del estrés son las principales preocupaciones. Otra amenaza principal es un mayor riesgo de enfermedad mental de los padres, de la violencia doméstica y del maltrato infantil. Especialmente para niños/as y adolescentes con necesidades especiales o desventajas, como las discapacidades, las experiencias de trauma, los problemas de salud mental ya existentes, antecedentes migratorios y el bajo nivel socioeconómico, este puede ser un momento particularmente desafiante

La estrategia fundamental para mitigar el riesgo de transmisión del virus, en todo el país, recomienda el aislamiento social y la cuarentena, siendo el aislamiento social un factor de riesgo significativo bien establecido en la suicidalidad. (195)

La tasa de suicidios entre las personas mayores aumentó en Hong Kong durante y después de la pandemia de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo) en 2003 (196). Se asoció con un aumento del 30% en el suicidio y en las personas mayores de 65 años alrededor del 50%.(40)

La xenofobia entendida como el miedo general a algo extraño o extraño (en este caso COVID-19 en lugar de la etnia de la víctima) ha sido descrita como factor determinante para la causa

del suicidio en alguna víctima que creía que tenía COVID-19, aunque se postula también podría deberse por el deber moral de asegurarse de no transmitir el virus a nadie de su comunidad.(197) El estigma hacia los enfermos COVID-19 y sus familias es un elemento añadido.(198)

Se han identificado un aumento de la carga psiquiátrica o el estrés durante la hospitalización y las preocupaciones después del alta en pacientes hospitalizados con SARS-CoV-2. Es necesario conocerlos e implementar las medidas necesarias para minimizar el riesgo de aislamiento social a largo plazo después del alta y el posible riesgo de suicidio.

Es preciso preguntarse si los servicios sanitarios o no sanitarios ¿Tienen una política local para identificar y evaluar a los pacientes con riesgo de daño psicológico debido a la pandemia de COVID-19? ¿Qué bienes comunitarios tiene para ayudar a mitigar el efecto del aislamiento social en la salud mental y la soledad? ¿Qué facilidades de conexión remota tiene en su práctica y qué necesita para configurar una hoy? (199)

Dada la asociación entre la alteración del sueño y la salud mental, y el efecto de la alteración del sueño sobre el riesgo de suicidio, se requiere investigaciones sobre la forma de disminuir los efectos de tales cambios en la salud mental y la respuesta al estrés. (40)

El número esperado de pérdidas de empleo debido a COVID-19 según la Organización Internacional del Trabajo del 18 de marzo de 2020, puede oscilar entre 24.7 millones de pérdida de empleos y 5.3 millones. El riesgo de suicidio se elevó en un 20-30% cuando se asoció con el desempleo durante 2000-11 (incluido el Crisis económica de 2008). Nos enfrentamos a un escenario de incremento de suicidios entre 9570 y 2135. Pero si cada suicidio, según la OMS, se acompaña de más de 20 intentos de suicidio, se puede esperar un incremento de problemas psíquicos y un incremento de demandas(200)

Sería preciso también el control de poblaciones específicas, con problemas de salud mental previo, como las pacientes con anorexia nerviosa, que presentan tasas altas de complicaciones médicas y psiquiátricas, incluidas las autolesiones y los suicidios, por lo que se requiere una evaluación clínica regular. Los servicios han tenido que adaptar la atención habitual durante la pandemia de COVID-19 intentando aliviar la carga de los cuidadores y no comprometer la seguridad de los pacientes.(201) Pero también, es importante el control de armas de fuego en países con fácil acceso y que pueden ser utilizadas para el suicidio. (202)

De hecho, el suicidio suele ir precedido de un evento desencadenante muy estresante que hace que la víctima sienta una sensación de impotencia, angustia y desesperación, y matarse puede parecer la mejor solución para poner fin a su situación. (195)

Se han descrito (195) diferentes perfiles con mayor riesgo de suicidio: personas que se sabe que tienen una enfermedad psiquiátrica previa, personas con hipocondría obsesiva o trastornos obsesivos compulsivos, pacientes con condiciones psiquiátricas recientemente diagnosticadas, pacientes con trastornos del sueño y del estado de ánimo sin diagnóstico psiquiátrico (van al médico de familia para que les receten pastillas para dormir), pacientes con otras enfermedades crónicas, pacientes que viven solos y que no tienen trabajo, personas que presentan historias de violencia familiar o abuso, personas que viven con pacientes discapacitados o con enfermedades psiquiátricas. Pero no parece existir un perfil de aumento de suicidio en niños/as y adolescentes.

Se espera un aumento en los síntomas de ansiedad y respuestas de afrontamiento al estrés durante estas circunstancias extraordinarias, existiendo el riesgo de que se incremente un número clínicamente relevante de personas con ansiedad, depresión y conductas dañinas (como suicidio y autolesiones) incrementará. Sin embargo, cabe destacar que el aumento del suicidio no es inevitable, especialmente con los esfuerzos nacionales de prevención.(40)

Hay descritos pactos suicidas en parejas a raíz del COVID-19, en diferentes contextos culturales, asociados a dramas económicos y en los que la existencia de niños/as no han sido motivos suficiente para frenar este tipo de comportamientos.(203)

La pandemia de COVID-19 está trayendo consigo importantes desafíos para la gente, familias, comunidades y países, siendo una oportunidad única para estudiar la asociación entre las infecciones virales, los trastornos del estado de ánimo y los intentos de suicidio (existiendo algún estudio con citomegalovirus) pero que es necesario examinar de forma sistemática. Pero además, es una oportunidad, para investigar el impacto de un desafío inmunológico agudo en diferentes dominios de la psicopatología de los trastornos del estado de ánimo e incluso la posible utilización de fármacos utilizados en la pandemia (antimaláricos como hidroxiclороquina y antibióticos macrólidos como la azitromicina) con propiedades inmunomoduladoras con un posible efecto antidepresivo(204)

El cierre total o parcial de las instalaciones comunitarias de salud mental es particularmente inquietante para algunos pacientes, pero es posible un seguimiento regular con telemedicina y debe incluir la monitorización del riesgo de suicidio y las estrategias de psicoeducación; desarrollar plataformas de soporte también podría ser muy útil en este contexto.(205)

Uno de los factores de protección frente al suicidio es la protección financiera y dada la recesión económica, las medidas de protección económica de las familias son factores de protección (206)

En los modelos para el estudio del suicidio se incluyen determinantes intrapersonales (p. ej., enfermedades físicas y psiquiátricas comórbidas), interpersonales (p. ej., relaciones) y extrapersonales (p. ej., comunitarios, culturales, geográficos), que se están aplicando para examinar el impacto de la pandemia COVID-19 en el suicidio. La mayor parte del impacto en este momento permanece desconocido. Pero debido a los largos períodos de aislamiento social del distanciamiento social junto con la extrema agitación económica, la pandemia COVID-19 crea una "tormenta perfecta" de condiciones de riesgo para el suicidio,(207)

La respuesta digital es crucial no sólo debido a las medidas de aislamiento social, sino también porque menos de un tercio de las personas que mueren por suicidio han estado en contacto con los servicios de salud mental en los 12 meses anteriores a la muerte. Las intervenciones digitales para la ansiedad, la depresión, las autolesiones y el suicidio incluyen el suministro de información, la conectividad y el triaje, las intervenciones terapéuticas automatizadas y combinadas (como aplicaciones y programas en línea), las llamadas telefónicas y los mensajes para llegar a las personas con menos recursos digitales (pobreza digital) pueden ser muy útiles.(40)

Una de las estrategias de respuesta es establecer un "plan de conexiones" para la interacción social, y promover la salud social, mental y física durante las restricciones de 'distanciamiento social'. Este conjunto de estrategias se puede proporcionar durante sesiones telefónicas breves (30 minutos) y es análogo a la creación de un "Plan de seguridad" para el riesgo de suicidio.(208)

Estos esfuerzos de prevención del suicidio deberían integrarse en el programa general de reacción para enfrentar la crisis COVID-19.(209)

Se debe formar al personal sanitario para identificar y tratar los trastornos del sueño no solo entre pacientes psiquiátricos sino también entre personas que no están en tratamiento psiquiátrico. Las personas con trastornos del sueño deben ser evaluadas por ideación suicida e intención de suicidio. Los médicos deben ser educados sobre cómo evaluar a las personas con trastornos del sueño y su relación con tendencias suicidas.(210)

Los supervivientes de COVID-19 deben considerarse como individuos con alto riesgo de suicidio. El predictor más significativo del suicidio es la presencia de depresión. Los pacientes recuperados de COVID-19 deben ser examinados para detectar depresión y tendencias suicidas. Muchos supervivientes de la enfermedad por coronavirus necesitarán intervenciones psicológicas a largo plazo. Debería haber estrategias específicas para mejorar la condición psicológica de los sobrevivientes de COVID-19 y reducir las tendencias suicidas en esta población. Necesitamos examinar qué tipo de intervenciones tempranas en los sobrevivientes de la enfermedad por coronavirus pueden disminuir la morbilidad psiquiátrica y las tendencias suicidas en el futuro.(211)

Se deben diseñar programas para atender las necesidades e intervenciones de la sociales y psicoterapéuticas para la rehabilitación psíquica. Tele-consulta junto con, respuesta a la crisis 24x7 y un servicio de apoyo emocional, mental y de comportamiento debe ser implementado. Sin embargo, la mayoría de los países desarrollados ya están practicando la aplicación de esas medidas, siendo preciso reforzar las políticas de atención de la salud y la de atención a los profesionales de la salud del COVI-19.(212) Dichas políticas y asistencia se deben dar en contextos y con adaptación a la cultura de la poblaciones(213)

Incluso pueden ser útiles sistemas de inteligencia artificial para individuos de alto riesgo de suicidio con programas como Tree Holes Rescue, que monitoriza mensajes en Weibo, red similar a Facebook en el contexto chino, que detecta situaciones de riesgo y designa voluntarios para actuar.(214)

2. Trastornos emocionales: Trastornos de ansiedad y depresión

Beatriz Payá González. Psiquiatra. H Valdecilla de Santander. AEPNYA

Luisa Lázaro García. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. H. Clinic de Barcelona. AEPNYA

Cada vez hay más evidencias de que la prevalencia de los trastornos emocionales de los adolescentes está aumentando(215). La ansiedad es actualmente la novena causa principal de enfermedad y discapacidad para adolescentes de 15 a 19 años y sexta para los de 10 a 14 años (216). La prevalencia reportada en los estudios de trastornos de ansiedad en niños/as y adolescentes varía ampliamente en estudios previos. La tasa más baja informada ha sido del 2,6% en los estadounidenses de 11 años (217), y la más alta fue del 41,2% en los japoneses de 7 a 9 años (218). Entre población China un estudio encontró una prevalencia de trastornos de ansiedad entre los/as niños/as y adolescentes chinos del 6,06% (219) y otros estudios con estudiantes de secundaria reporta una incidencia de síntomas de ansiedad que oscila entre el 13,7 y el 24,5% (220,221).

Por otro lado, estudios americanos muestran un aumento de prevalencia de episodios depresivos mayores en adolescentes del 8.7% al 11.3% en 9 años (222). Según un metaanálisis anterior a COVID-19 la prevalencia de síntomas depresivos entre los/as niños/as y adolescentes chinos fue del 15,4% (223).

Muchos estudios han señalado a los acontecimientos estresantes como potentes predisponentes ambientales en la depresión adolescente (224,225) y también se sabe que los trastornos de ansiedad tienen más probabilidades de ocurrir y empeorar en ausencia de comunicación interpersonal (226,227). Como ya se ha comentado a lo largo de este documento, la pandemia actual de COVID-19 representa una acumulación de factores estresantes que podría predisponer al desarrollo de problemas emocionales en población de niños/as y adolescentes.

Aunque existen pocos estudios de trastornos depresivos y de ansiedad asociados a la reciente pandemia de la enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19), sí existen evidencias del desarrollo de síntomas psicológicos en otras epidemias lo que sugiere que las enfermedades infecciosas graves pueden influir en la salud mental de los/as niños/as como lo hacen otras experiencias traumáticas.

En concordancia con estos datos, los escasos estudios existentes , procedentes en su mayoría de población China , han demostrado que el COVID-19 causa síntomas moderado-severos de ansiedad y depresión en aproximadamente un tercio de las muestras estudiadas de población general (152) . En estudiantes universitarios las proporciones de ansiedad leve, moderada y severa detectadas en algunos estudios durante el brote del covid 19 han sido de 21.3%, 2.7% y 0.9%, respectivamente (228).

También han sido reportadas altas tasas de problemas de ansiedad y depresión **en niños/as** y adolescentes durante la pandemia de COVID 19 (229) , mayores a las reportadas en otros estudios chinos con muestras adultas (152).

Los estudios existentes de niños/as y adolescentes chinos durante esta pandemia muestran además una prevalencia mucho mayor de depresión que las reportadas en los en estudios previos (19,8% de prevalencia en épocas no covid). (223)

En el estudio realizado por Xinyan Xie y Col. (53), en una cohorte de 2330 niños/as en la provincia de Hubei (China), encuentran un 22.6% de síntomas depresivos y un 18.9% de síntomas de ansiedad durante el confinamiento en la muestra, lo que corresponde con prevalencias más altas de ansiedad y depresión que las reportadas en investigaciones previas en las escuelas primarias de China. Una limitación de este estudio no pudo evaluar si estos resultados eran duraderos después del brote de COVID-19.

En otro estudio epidemiológico transversal realizado en una muestra de 8.140 estudiantes de 12 a 18 años (secundaria y bachiller) de población China (229) la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad encontrados fue de 43.7% y 37.4%, respectivamente, y la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad comórbidos del 31,3%, siendo la mayoría de ellos de una gravedad leve- moderada. Predominaban los cuadros de depresión y ansiedad leve (26,4% y 27% respectivamente) frente a los de depresión y ansiedad moderada (10,1% y 7,4). Los síntomas depresivos más comunes fueron poco interés o placer en hacer las cosas (53.9%), sensación de cansancio o de falta de energía (48.4%) y alteraciones del apetito (45.6%) mientras que la sensación de sentirse nervioso o ansioso (53.6%), preocuparse demasiado (47.3%) y la irritabilidad fácil (47.0%) fueron los síntomas de ansiedad más prevalentes. La mayor proporción de síntomas depresivos y ansiedad se observaron entre adolescentes de áreas rurales (47.5% versus 37.7% en ciudades y 40,4% vs 32,5 %). La proporción de varones con síntomas depresivos y de ansiedad fue menor que en las mujeres (41.7 versus 45.5%; 36.2% versus 38.4%). También se observaron diferencias en síntomas depresivos y de ansiedad en función del curso escolar de manera que los niveles más altos de psicopatología los presentaban los estudiantes de cursos superiores. Se puede inferir que la presión académica causa más presión sobre los estudiantes de grados superiores dado que se enfrentan exámenes de ingreso a la escuela secundaria y a la universidad.

Un dato importante fue que, aunque este estudio se realizó durante la fase de estabilización de la fase de infección de COVID-19 en China, la tasa de síntomas depresivos y de ansiedad entre los adolescentes todavía era alta.

El género femenino fue el mayor factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos y de ansiedad. La diferencia por genero de trastornos de ansiedad durante el COVID 19 no se ha demostrado en otros estudios de rangos de edad diferentes (228). Otro hallazgo a destacar en este estudio (229) fue la relación encontrada entre un mayor conocimiento

sobre la enfermedad COVID-19 y los síntomas depresivos y de ansiedad, de manera que a mayor conocimiento sobre la enfermedad y de las medidas de prevención y control existían menores síntomas depresivos y de ansiedad. Otros estudios indican que los adolescentes que permanecían solos en casa en días de trabajo tenían más probabilidades de estar deprimidos y ansiosos mientras que el ejercicio físico mostró cierto efecto protector (230). Los estudios con población de mayor edad (Cao et al, 2020) coinciden con los estudios de adolescentes con que residir en zona rural es un factor predisponente para el desarrollo de ansiedad, sin embargo, se han encontrado factores de riesgo (preocupación por las influencias económicas de la epidemia, la influencia de la epidemia en la vida diaria y la preocupación por los retrasos académicos) y protectores (apoyo social) diferentes a los de la población infantil. Datos preliminares de un estudio chino también encuentra diferencias en la expresión de la sintomatología en función al grupo de edad, de manera que los/as niños/as de edades más jóvenes (3-6 años) eran más propensos que los/as niños/as mayores a manifestar problemas de apego y temor a que los miembros de la familia puedan contraer la infección y los/as niños/as de mayor edad(6 a 18 años) eran más propensos a mostrar falta de atención e indagación persistente (P = .003).

Existen también estudios del impacto emocional secundario a COVID-19 en población infantil española (49) donde se incluyeron a 1143 padres de niños/as españoles e italianos entre 3 y 18 años .

En concordancia con los datos anteriores un alto porcentaje (85.7%) de los padres reportaron cambios en el estado emocional de sus hijos durante la cuarentena. Los padres que referían una peor situación de convivencia, vivencias de situaciones de gravedad y un mayor stress eran los que a su vez referían mayores síntomas emocionales en sus hijos. Por otro lado, los padres españoles informaron de más síntomas emocionales en sus hijos que los padres italianos. Este estudio tiene una importante limitación, ya que la información solo fue reportada por los padres y no por los/as niños/as por lo que se necesita más investigación para aclarar estos hallazgos. Algunos factores ligados a la diferencia de las medidas establecidas por ambos gobiernos ante la pandemia (tiempo del confinamiento más largo para los/as niños/as españoles) y factores ligados a las características de la vivienda (52% viviendas con jardín en Italia frente 18% en España) podrían explicar las diferencias encontradas.

Muchos de los datos de los estudios expuestos a lo largo de este apartado son concordantes con estudios previos de otras pandemias como la de la gripe H1N1 (231) donde la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los adolescentes son mayores a los periodos previos a la aparición de la pandemia (220,221). y apuntan a la importancia de diferenciar medidas de prevención e intervención diferentes en función del grupo de edad.

Conclusiones:

- ✓ Se observan tasas significativas de depresión y ansiedad en niños/as y adolescentes durante el brote de COVID-19. Las mujeres, los habitantes de zonas rurales, los estudiantes de grados más altos son los que presentan niveles más altos de ansiedad y depresión.
- ✓ El nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las medidas de prevención y control para COVID-19 pueden tener efectos psicológicos protectores de ansiedad y depresión en las primeras etapas de la epidemia.
- ✓ Dado que la prevalencia de los síntomas depresivos está significativamente influenciada por los contextos socioculturales y económicos, su prevalencia debe evaluarse en diferentes países y regiones.

- ✓ Las cifras de prevalencia de problemas de ansiedad y depresión entre los adolescentes son mayores a las reportadas en población adulta lo que apunta a los adolescentes como un grupo de mayor vulnerabilidad.

3. Problemas de aprendizaje

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

No se han encontrado evidencias en la bibliografía, ni siquiera cualitativas sobre el impacto del COVID-19 en los problemas del aprendizaje. Solo alguna referencia a colectivos con problemas de aprendizaje globales, como en la discapacidad (232) y pese a que hay muchos trabajos en estas poblaciones con grandes problemas de aprendizaje(233)

Con las sesiones de logopedia y los grupos de habilidades sociales suspendidos, se advierte que puede detener el progreso y que los/as niños/as con necesidades especiales pueden perder la oportunidad de desarrollar habilidades esenciales. Señala la necesidad de encontrar formas creativas, como el diálogo y la capacitación en habilidades sociales online, para compensar estas pérdidas.(146)

El cierre de escuela tiene un impacto en los/as niños/as de forma general pero en los/as niños/as con problemas de aprendizaje sabemos que puede tener un impacto a medio-largo plazo, especialmente en lo que el aprendizaje online sea complicado alcanzar.(147)

El impacto y una respuesta adecuada debe incluir educación específica y apoyo material para niños/as de hogares de bajos ingresos, y comenzar a cerrar la brecha de aprendizaje que probablemente haya ocurrido entre colectivos con buen nivel socioeconómico y sin dificultades de aprendizaje(234)

Estudios recientes de modelos de COVID-19 predicen que el cierre de escuelas solo evitaría solo del 2 al 4% de las muertes, cuestionando el cierre escolar ya que son mucho menos efectivas que otras intervenciones de distanciamiento social.(34)

En un mundo en el que muchas cosas han sido alteradas y es de vital importancia que no perdamos la capacidad de aprender en la colaboración internacional. En el oficio del aprendizaje, el corto y el largo plazo, las necesidades de la comunidad deben ser la primera y más importante consideración. Por tanto, la adaptación a la fabricación de equipo de protección personal, la investigación de los ordenadores o la participación en llamadas por Internet son algunas de las experiencias a las que un estudiante ha tenido que enfrentarse en una experiencia de aprendizaje global.(235)

4. Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)

Montserrat Graell Berna. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

El efecto de la pandemia y el confinamiento en la población con trastornos del comportamiento alimentario (TCA) es hasta el momento desconocido. La alteración física propia de estos trastornos (especialmente en anorexia nervosa) podría hacer a los pacientes más vulnerables a la infección y sus efectos, aunque esto tampoco está

demostrado. Por otro lado, es muy probable que los efectos emocionales y sociales adversos relacionados con el confinamiento(47) estén incrementados en muchos niños/as y adolescentes con TCA que ya se sienten ansiosos, deprimidos y aislados.

El confinamiento exige un cambio del estilo de vida y por tanto, adaptar algunas indicaciones del plan de vida terapéutico en casa; así, no es posible realizar ejercicio fuera de casa, hay menos disponibilidad de todos los alimentos y marcas preferidas, hay más información evocadora acerca de la comida y el cuerpo en las redes sociales que pueden producir atracones y empeorar las dificultades con la imagen corporal. Los padres pueden estar preocupados obsesivamente con cumplir con el régimen terapéutico y eso junto con el ambiente familiar de incertidumbre y muy estrecha convivencia puede conducir a conflictos familiares. Pero también, los cambios impuestos por el confinamiento pueden plantearse como una oportunidad para mejorar aspectos como la rigidez en las comidas, la comunicación familiar o alternativas de ocio distintas a las redes sociales.

El periodo de pandemia y confinamiento, al constituir en sí mismo un evento estresante negativo, estaría asociado con un posible empeoramiento de los comportamientos alimentarios y mayores niveles de síntomas depresivos y ansiedad en pacientes diagnosticadas de TCA (201). La incertidumbre (ej. por la continuidad del colegio) y el asilamiento (ej. de compañeros o amigos) son difícilmente tolerables para las personas de cualquier edad y condición y por supuesto pueden empeorar los síntomas TCA porque el paciente aumenta sus obsesiones y rituales relacionados con la comida y el peso para intentar recuperar el “control” y además pierde confianza y habilidades sociales.

Por otro lado, algunos/as niños/as con anorexia nerviosa o trastorno de evitación/restricción de la ingesta y rasgos temperamentales de evitación consideran un alivio que haya aumentado el tiempo en casa con la familia lejos de los estresores sociales (201).

Los padres de niños/as con TCA puede que también valoran la oportunidad de estar más disponibles para supervisar las comidas y además, al estar ambos padres en casa puede facilitar el tener una aproximación más consistente al tratamiento del niño y de la niña.

Uno de los principales problemas que surgen durante el confinamiento es la dificultad de acceso a tratamiento presencial tanto ambulatorio como de hospital de día, así como una reducción del número de camas y de la seguridad frente al contagio en las hospitalizaciones (236). La pandemia, y el confinamiento en especial, exige una reorganización y reconsideración de la atención a los TCA. La teleterapia aparece como una alternativa válida para el tratamiento ambulatorio pues hay evidencias de que la terapia cognitivo conductual (TCC) por teleterapia tiene buena eficacia clínica en los TCA (237). Nuestra unidad ha participado en un ensayo clínico controlado multicéntrico que ha mostrado que la TCC para adolescentes aplicada con un componente online (Health-app) añadido al tratamiento presencial tiene eficacia similar en la reducción de síntomas alimentarios que la TCC tradicional, pero reduce los costes y la carga de tiempo asociada con las visitas semanales a la unidad de tratamiento. (238)

En nuestra experiencia, durante el período de confinamiento el rápido establecimiento de un programa de teleterapia de modo combinado (presencial y telemático) ha permitido la continuidad del tratamiento ambulatorio y parcialmente del hospital de día manejando la reactivación de los síntomas alimentarios y de la psicopatología general producida durante ese período. Aunque los adolescentes que precisan hospital de día son un reto de tratamiento dado que durante el confinamiento han presentado además conductas autolesivas y riesgo suicida. Consideramos que debe mantenerse el programa de ingreso (adaptado a las medidas para la prevención de la infección) dado que en este período la necesidad de hospitalización es similar a lo habitual (239).

5. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y problemas de conducta

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

Los/as niños/as con TDAH enfrentan desafíos notables durante este período. En primer lugar, la pérdida de la rutina diaria y la falta de interacción interpersonal y social podrían funcionar como factores de riesgo potenciales para problemas de salud mental o podrían empeorar los síntomas del TDAH. Además, la mayoría de los/as niños/as con TDAH reciben atención de entornos de atención primaria. Los/as niños/as con TDAH no pueden recibir atención oportuna y profesional desde el hogar. Se puede suponer que la mayoría de los padres de estos/as niños/as no son expertos en el dominio, pero se les impone la responsabilidad educativa además de manejar todos los problemas emocionales y de comportamiento de los/as niños/as las 24 horas, los 7 días de la semana.(150)

Un total de 241 padres de niños/as en edad escolar con diagnóstico de TDAH fueron invitados a participar en esta encuesta. Los/as niños/as en edad escolar descritos en el estudio tenían entre 6 y 15 años ($M = 9,43$, $DE = 2,39$), y había 194 niños y 47 niñas. El estudio obtuvo la aprobación ética del Hospital Shanghai Xinhua. El análisis de regresión determinó un modelo de tres predictores, con $F(3, 237) = 31.73$, $p < .001$, $R^2 = 0.29$. En particular, el estado de ánimo general de los/as niños/as, $B = 0.17$, IC del 95% de $B [0.11, 0.23]$, $p < .001$, estado de ánimo general de los padres, $B = 0.13$, IC del 95% de $B [0.06, 0.20]$, $p < .001$, y el tiempo de estudio de los/as niños/as, $B = -0.09$, IC del 95% de $B [-0.15, -0.02]$, $p = .010$, predijeron significativamente los comportamientos de TDAH de los/as niños/as. Concluyendo que durante el brote de COVID-19, los comportamientos de TDAH de los/as niños/as empeoraron significativamente en comparación con su estado normal, el estado de ánimo negativo de los/as niños/as se asoció con síntomas de TDAH y el estado de ánimo de los padres también afecta los síntomas del TDAH en los/as niños/as. Además, indican que los padres de niños/as con TDAH experimentaron un alto nivel diario de estrés en la crianza de los/as hijos/as. La disposición extraordinaria del cierre de la escuela y de que los/as niños/as se queden en casa puede generar dificultades y estrés elevados tanto para los/as niños/as como para sus padres. (150)

La exposición a desastres naturales se asocia con un mayor riesgo de problemas de salud mental. Este estudio tuvo como objetivo investigar la prevalencia, el curso y los factores de riesgo de trastornos psiquiátricos probables entre 1.573 adolescentes después del terremoto de Wenchuan en mayo de 2008 en China. Entre otros se evaluó el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a los 6 y 18 meses después del terremoto utilizando una batería de medidas estandarizadas y el TDAH disminuyó. (240)

Los hallazgos indicaron el TDAH con exposición a estrés muy elevado se asocia a una desregulación emocional grave y persistente (irritabilidad, y especialmente con reactividad y frustración extremas) o la presencia irritabilidad elevada y un elevado e incrementada nivel de ansiedad y depresión elevadas. Señalando que la exposición al estrés y el TDAH están aún más entrelazados de lo que actualmente se reconoce en la literatura que se centra en el papel del estrés en la depresión y la ansiedad, asociándose, además, a la persistencia del TDAH entre la infancia y la adultez.(241)

Los/as niños/as tratados por TDAH tuvieron peores resultados educativos: dejaron la escuela a una edad más temprana, tomaron más ausencias no autorizadas, tuvieron más probabilidades de ser excluidos de la escuela, tuvieron un mayor riesgo de necesidades educativas especiales, tuvieron un peor desempeño en los exámenes y tuvieron más

probabilidades estar desempleado después de salir de la escuela. El cierre de escuelas puede contribuir a incrementar el abandono escolar o al aumento de las dificultades en la incorporación escolar.(242)

Por otra parte, el cierre de escuelas puede dificultar que los/as niños/as con comportamientos problemáticos que ya de por sí tienen dificultada para hacer frente a las exigencias sociales que acompañan su progresión a lo largo de los primeros años escolares.(243)

Se han dado guías (244) para el manejo de estos/as niños/as con TDAH ante la pandemia de COVID-19, enfatizando las intervenciones centradas en los padres, evitando aumentar las dosis de medicación o agregar fármacos (más allá de las prescritas) para manejar una crisis o estrés relacionado con el confinamiento. Y se debe atender o reforzar la higiene adecuada del sueño en lugar de aumentar las dosis de melatonina más allá del rango terapéutico (hasta 5-6 mg de noche). Planteando sistemas de indicación y evaluación de respuesta para el inicio de tratamiento psicoestimulante y de atomoxetina.(245)

Posponer la investigación en casos nuevos, la ausencia de feedback escolar, los retrasos en el inicio de tratamientos farmacológicos o las dificultades para ajustar dosis y optimizar los tratamientos psicofarmacológicos son factores determinantes en el momento COVID-19 para los/as niños/as con TDAH. Siendo creciente la evidencia de la utilidad de la telepsiquiatría para este tipo de población afectada por TDAH.(246)

6. Discapacidad

Beatriz Payá González. Psiquiatra. Hospital M. Valdecilla. Santander. AEPNYA

Isabel Cuellar Fernández. Psicóloga Clínica, Hospital San Carlos, Madrid, AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Fernando González Serrano. Psiquiatra Red de Salud Mental de Bizkaia-Osakidetza. Bilbao. SEPYPNA

Uno de los colectivos más vulnerables ante las situaciones derivadas de la pandemia por COVID-19 son los/as niños/as con **Discapacidad intelectual**, incluido un subgrupo de menores con Trastorno del Espectro Autista, población que se abordará más específicamente en el apartado siguiente.

Aunque el impacto de la pandemia de COVID-19 afecta a todos los extractos de la sociedad, las personas con discapacidad intelectual (DI) son un grupo especialmente vulnerable a la infección por una variedad de razones que incluyen la alta prevalencia de problemas de salud física concomitantes, la dificultad para llevar a cabo las medidas impuestas por las circunstancias sociales y sus limitaciones en la comprensión (232).

Existe evidencia de una mayor prevalencia de trastornos físicos comórbidos entre las personas con DI, siendo su esperanza de vida, menor a la de la población general (247). Las personas con DI tienen una mayor prevalencia de problemas cardíacos hereditarios, alteraciones metabólicas, afecciones respiratorias (248) que incrementan el riesgo de experimentar formas graves de enfermedad COVID-19 (232). Asimismo, es una realidad que hay un mayor riesgo para la población con DI de no recibir atención médica adaptada a sus características cognitivas y conductuales en situaciones críticas y en caso de precisar hospitalización (173,188).

Esto ha dado lugar a movimientos por parte de organizaciones que abogan por los derechos de las personas con DI y luchan para evitar situaciones de discriminación negativa en los tratamientos para este colectivo de personas.

Hay pocos datos sobre las tasas de infección entre las personas con DI en los medios residenciales, aunque la evidencia apunta al alto riesgo de infección en colectivos de personas que viven juntas (169). La falta de pruebas de detección y la carencia de equipos de protección individuales para el personal aumenta todavía más este riesgo de infección en ámbitos residenciales (170). En entornos comunitarios, las personas con DI también podrían presentar un mayor riesgo de contagio por el alto nivel de apoyo que precisan de apoyo por parte de cuidadores externos a la familia.

En el mismo sentido, la seguridad de las personas con DI depende en un alto grado de sus cuidadores, sobre todo en los casos de DI moderada-grave. Las personas con DI leve, aunque precisan de menor apoyo para realizar actividades de la vida diaria y su participación en actividades comunitarias es buena, su capacidad cognitiva puede dificultar la adhesión a las medidas de salud pública o de comportamiento social requeridas para reducir la propagación (autoaislamiento, lavado de manos, distanciamiento físico de los demás). Tales demandas pueden ser difíciles de entender e implementar, especialmente para el grupo de personas con DI y problemas de comportamiento asociado, que pueden representar un subgrupo de mayor riesgo para otras personas con DI y sus cuidadores (47).

Un segundo aspecto que considerar en esta población es el efecto de las medidas de confinamiento y las restricciones en las actividades habituales. Algunas de las características de la población con DI y TEA, sobre todo los de mayor gravedad, podrían repercutir en un mayor estrés mental secundario a las dificultades que presentan ante los cambios repentinos y pudieran dar lugar a alteraciones del comportamiento y a un mayor riesgo de uso de medicamentos psicotrópicos (173,174).

Al igual que para las personas con TEA, el exceso de información relacionada con COVID-19 en los medios y en las redes sociales puede suponer un foco de stress y ansiedad, lo que puede provocar alteraciones del comportamiento, ansiedad y/o pensamientos autorreferenciales secundarios. (171).

Dar información relevante sobre la infección, transmitida en un formato accesible y adaptado, es crucial para ayudar a las personas con DI (179). En este sentido, lo mismo que para personas y familias con TEA, organizaciones no gubernamentales han elaborado documentos informativos diversos (179,180,185).

En relación a las familias, publicaciones de expertos en este campo plantean un probable aumento del stress familiar y posible impacto en la economía familiar derivado de la intensidad de la atención que estos menores precisan, reconociendo la necesidad de proveer apoyos adicionales, más aún en esta crisis (179,180). Teniendo en cuenta la realidad del cese obligado de algunas actividades presenciales, los servicios clínicos especializados para personas con DI deberían incorporar las nuevas tecnologías (191). Uno de los retos cara al futuro va a ser como adaptar estos modos de comunicación tecnológica, y facilitar su uso a los menores con DI y a sus cuidadores: la tecnología deberá garantizar ser accesible también para las personas con dificultades cognitivas y de comunicación (232).

Un riesgo añadido en las situaciones de confinamiento y falta de acceso a redes externas (sanitaria, escolar y social) es el del maltrato o abuso infantil, ya reportado en la literatura, y que es aún mayor en los menores con DI (187-189). En este sentido, tratar de buscar métodos adecuados de detección/vigilancia/intervención para situaciones de abuso que

garanticen la seguridad de las personas con DI es un foco de intervención importante para futuras pandemias (249).

Otro aspecto a considerar, basándonos en investigación de otras epidemias como la del virus Zika (192), con vistas a la prevención de la DI, es el estudio de los posibles efectos en el neurodesarrollo fetal y futuros trastornos mentales.

La protección de las personas vulnerables, especialmente aquellas con DI y sus cuidadores, debe ser una prioridad en cualquier planificación para el futuro. Además del apoyo a cuidadores y personas con DI en relación a la protección frente a la infección, los servicios clínicos de atención a la discapacidad intelectual deberán asumir un papel importante en la difusión del conocimiento y la educación sobre COVID-19. Para terminar, se recoge en algunas publicaciones (168) la importancia de mantener como una prioridad las consideraciones éticas para la prestación de servicios clínicos en el caso de las poblaciones más vulnerables.

7. Trastornos Psicóticos

Gloria Bellido Zanin. Psicóloga Clínica. Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de Les Corts. Centre d'Higiene Mental (CHM) Les Corts. Barcelona. ANPIR

María Tajés Alonso. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. SEP

Laura Pina Camacho. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. SEP

La psicosis es uno de los trastornos mentales que más malestar genera y de los que tienen un mayor impacto en el funcionamiento de la persona, en sus relaciones personales y también de los que más recursos sanitarios requiere. Su aparición durante la adolescencia o la adultez temprana tiene un impacto especialmente relevante ya que puede provocar una ruptura en la vida de la persona en un momento especialmente importante para desarrollar su formación, su futuro laboral y sus relaciones sociales. Por ello es especialmente importante la detección e intervención precoz.

Era COVID, confinamiento, estrés y sintomatología psicótica en población infanto-juvenil

Los síntomas psicóticos son relativamente comunes en los jóvenes, especialmente en la infancia, y no implican necesariamente la presencia de un trastorno psicótico. Los estudios muestran que su prevalencia es mayor en niños/as de edades entre 9 y 12 años (17%) que en jóvenes de entre 13 y 18 años (7,5%). (250)

Una extensa literatura asocia el aislamiento social con la presencia de síntomas psicóticos como las alucinaciones.(251). Aunque la relación entre eventos vitales estresantes y psicosis, tanto en su aparición como en su curso y evolución es conocida (Fusar-Poli, 2017), escasos estudios se han centrado en la potencial repercusión de un estresor tan relevante como es el confinamiento sobre la salud mental de la población, y/o en su relación con la aparición de sintomatología psicótica, en particular en población infanto-juvenil. Es de esperar que para aquellos/as niños/as que han sido confinados en su domicilio con sus padres o familiares, el estrés causado por este estresor pueda haberse visto aliviado en cierta medida (147). Sin embargo, requieren una atención especial, por su especial vulnerabilidad y el estrés experimentado: los/as niños/as infectados o sospechosos de estar infectados por el SARS-CoV-2, que han realizado cuarentena en hospitales o centros de observación médica, o aquellos cuyos cuidadores han estado infectados y aislados u

hospitalizados e incluso han fallecido a causa de la enfermedad, implicando un estresor añadido al propio de la pérdida o separación de sus seres queridos (252), como es el del cambio de cuidador. Estos/as niños/as pueden ser más susceptibles a padecer problemas de salud mental, tanto en la actualidad, como en el futuro próximo incluyendo la aparición de síntomas psicóticos de forma aislada a la aparición de un trastorno mental grave como pueden ser los trastornos psicóticos (145).

Era COVID y Trastornos psicóticos en población infanto-juvenil

Introducción. Incidencia de Trastornos psicóticos en población infanto-juvenil en era COVID

La atención a pacientes que padecen una psicosis antes de los 18 años de edad (también conocida como PIT o psicosis de inicio temprano) se presta, en no escasas ocasiones, de forma tardía y poco sistemática. La población infanto-juvenil que padece estos trastornos se enfrenta a las condiciones de un sistema de salud poco preparado para una atención sistemática y precoz de estos pacientes, así como a modelos de tratamiento generalmente orientados al paciente adulto, lo que limita las oportunidades tanto de detección, así como preventivas y terapéuticas (253).

Este escenario se puede haber visto aún más comprometido como resultado de la pandemia COVID-19 en España. Así, en cuanto a la incidencia y detección de nuevos casos de primeros episodios de PIT durante la pandemia, la expresión clínica sutil e inespecífica y de duración variable habitual en niños/as y adolescentes hace difícil la identificación de experiencias y síntomas iniciales (253). Por tanto, si ya es raro que se disponga de escasos datos de incidencia de PIT en la literatura, más raro es disponer de datos fiables de casos incidentes de PIT en España durante la pandemia COVID-19.

En las primeras dos semanas de confinamiento en España, se detectó en Sevilla un aumento de casos de trastorno psicótico reactivo breve en población adulta (4 casos en 2 semanas, todos ellos en mayores de 30 años)(254). Aunque no existen datos sobre la incidencia de este tipo de trastorno en población infantil durante la era COVID-19, ni podemos extrapolar los hallazgos en población adulta, sería recomendable investigar de forma exhaustiva la presencia de estos trastornos en población infantil, dado el aumento de riesgo de comportamiento suicida y, aunque de corta duración, la alta tasa de recurrencia psicótica y la baja estabilidad diagnóstica de estos trastornos psicóticos breves con el tiempo, precisando una estrecha vigilancia tanto en la fase aguda como en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. El único estudio que hay en población infantil es un estudio con dos casos reportados en Taiwan que tienen como detonante un tratamiento antiviral (255)

Como se señala en este reciente artículo de revisión sobre psicosis y COVID-19 (256) el aislamiento social, desempleo, conflictos relacionales y empeoramiento de la salud física que pueden surgir en el contexto de esta pandemia representan factores estresantes en la población general. Hu et al. (257) encuentran una incidencia mayor de psicosis en población adulta durante Enero de 2020 coincidiendo con el momento de confinamiento en la región de China. Zulkifli et al. (258) reportan un caso en Malasia de un primer brote psicótico asociado al estrés causado por la situación de COVID-19. En este otro artículo en el contexto de España (254) también apuntan a un aumento de la incidencia de la psicosis de forma preliminar. Otras conclusiones que arroja en esta revisión hacen referencia a una mayor presencia de psicosis en personas que habían pasado la enfermedad por COVID 19. Por ejemplo en Severance et al. (259) se estudia la relación entre cuatro coronavirus (229E, HKU1, NL63 and OC43) y la psicosis encontrando que estos virus eran más habituales en personas con psicosis. Así mismo parece que las personas con psicosis tienen más dificultades para mantener la adherencia a las medidas de protección como se señala en Maguire et al., (260) en pandemias pasadas.

Estados mentales de alto riesgo y COVID 19.

Además de la psicosis, también tenemos casos de jóvenes que se encuentran en un estado mental de alto riesgo (EMAR), es decir, que tienen más probabilidades de desarrollar una psicosis en el futuro (261). Estos jóvenes especialmente vulnerables se pueden beneficiar de una detección e intervención precoz para reducir el riesgo de desarrollar una psicosis. En este artículo (262) se hacen algunas recomendaciones para poder seguir el tratamiento de estos jóvenes mediante teleasistencia y evitar así que pierdan los beneficios de la intervención con ellos. En otros países además se ha puesto de evidencia la eficacia de programas de tratamiento online para jóvenes con EMAR o psicosis que pueden ser una oportunidad de estudiar más en profundidad e implementar en este momento (263). Es importante que las personas con psicosis y con estado mental de alto riesgo (EMAR) sigan recibiendo su tratamiento.

Evaluación diagnóstica, monitorización y seguimiento de los trastornos psicóticos en niños/as y adolescentes en la era COVID

La valoración de la sintomatología de un primer episodio psicótico (PEP) en niños/as y adolescentes requiere un enfoque multidisciplinar e integral, que aborde aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociales, físicos educacionales y económicos, y añade el reto de la identificación de causas medicas subyacentes (253). Todo este proceso diagnostico se ha podido ver claramente dificultado en la práctica por la disminución en el número de asistencias presenciales a nivel ambulatorio, así como al cierre de determinadas unidades de hospitalización infanto-juvenil.

Respecto a la monitorización y vigilancia de casos de PIT ya diagnosticados, recordemos que es entre los 3 y 5 años posteriores al inicio de un PEP cuando un paciente tiene mayores posibilidades de producir una recaída o de presentar episodios graves, incluidos intentos de suicidio (253). Durante este periodo crítico es imprescindible asegurar la observación diligente del estado del paciente, el control de la medicación y la adherencia terapéutica y las medidas psicoterapéuticas de soporte. Es de esperar que, durante la pandemia COVID-19, tanto adultos como niños/as y adolescentes con problemas de salud mental previos se hayan más afectados por el impacto emocional de la pandemia en sí, el confinamiento, la separación y/o pérdida de seres queridos, lo que puede haber resultado en recaídas o empeoramiento de la sintomatología previa (52), dada la alta vulnerabilidad al estrés de esta población en comparación con la población general (253). Por ello, es previsible un aumento de la demanda de atención psiquiátrica de estos pacientes a medio y largo plazo (157).

Asimismo, la pandemia por COVID-19 ha obligado a modificar sustancialmente la forma de trabajar de los profesionales de la salud mental, lo que puede tener un impacto a medio y largo plazo sobre los pacientes (157). Entre los varios recursos que se han planteado para paliar el impacto de la pandemia y el confinamiento en la asistencia a menores con PIT, la telepsiquiatría se ha erigido como una prometedora herramienta para llegar a esta población, así como para la monitorización y vigilancia de casos de PIT ya diagnosticados durante la pandemia y, por qué no, la pospandemia en casos en que la modalidad presencial no estuviese disponible. En este mismo sentido, gracias a las redes sociales e Internet, se están creando cada vez más recursos formativos para profesionales (por ejemplo, webinars, noticias en tiempo real, clubes de investigación y seminarios web), materiales de psicoeducación para pacientes y familiares, e incluso grupos de apoyo emocional grupal para profesionales que trabajan con población infanto-juvenil y trastornos mentales de todo tipo, incluyendo trastornos psicóticos (18).

Otras propuestas realizadas por profesionales de la salud mental de diferentes partes del mundo para mejorar la atención de niños/as y adolescentes con un posible trastorno mental

grave incluyen: (i) la formación a trabajadores de atención primaria (pediatras, enfermeras, etc.) y su capacitación formal para facilitar la identificación temprana de trastornos mentales graves en niños/as, aprendiendo a distinguir entre comportamientos normales y anormales, a reconocer signos de alarma que orienten a la necesidad de una derivación a intervención más especializada e intensiva, y a estandarizar el uso de herramientas de despistaje/screening de problemas de salud mental en la población infantil; (ii) se deben desarrollar vínculos estrechos entre los servicios primarios y especializados de salud mental para facilitar la evaluación y tratamiento de la enfermedad mental emergente en población infantil; (iii) los profesionales de salud mental infanto-juvenil deberían establecer pautas y recomendaciones basadas en la evidencia, como la que presentamos en esta guía, y estrategias operativas de fácil acceso y aplicación para hacer frente a los problemas de salud mental relacionados con la pandemia COVID-19 en los/as niños/as y adolescentes; (iv) el acceso de los/as niños/as y adolescentes a los servicios de salud mental se puede mejorar a través de redes de colaboración establecidas en todo el país y que cuenten con equipos multidisciplinares de psiquiatras y psicólogos infantiles, investigadores, trabajadores sociales, entre otros; (entre dichos profesionales, los psiquiatras y psicólogos infantiles jóvenes y/o en formación han jugado y pueden jugar un papel muy importante en la pandemia y pospandemia, dada su familiaridad con la tecnología, la ayuda con la implementación de la telepsiquiatría de largo alcance, o con la difusión de recursos online para la promoción de la salud mental y el contacto con colegas de todo el mundo (18,253,264-266).

Es también importante la afectación que puede tener una pandemia en los servicios de salud mental y cómo se atiende a los pacientes. En este estudio (267) (Page, 2004) se describe una bajada considerable de la demanda y de las visitas presenciales que se sustituyeron por llamadas telefónicas en gran medida. Cómo esto puede afectar a largo plazo en la salud mental de una población especialmente vulnerable como los pacientes con un diagnóstico de psicosis no está descrito en el estudio. Parece que la literatura científica está más desarrollada en cuanto a la afectación que tiene los trastornos mentales más frecuentes como ansiedad y depresión y se ha hecho menos hincapié en la afectación de las personas con trastorno mental grave (268).

8. Menores en centros de protección o en cumplimiento de medidas judiciales

Carlos Imaz Roncero. Psiquiatra. CSM Infanto-Juvenil HURH Valladolid. Profesor asociado Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. AEPNYA

Concha López-Soler. Psicóloga Clínica. Prof^a. Titular Vinculada Clínica. Hospital Clínico Universitario V. de la Arrixaca. Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Hay muy poco en la bibliografía en el que se pueda relacionar a menores con medidas de internamiento judicial o en centros de protección y el impacto que las medidas de aislamiento que se han implementado por el COVID-19. Hay una monografía de la oficina regional para Europa de la OMS que aborda esta problemática en prisión e incluye a la infancia y adolescencia que cumple medidas judiciales o de separación familiar por inmigración u otros, señalando como un riesgo a investigar y manejar la decisión de limitar o restringir las visitas familiares. Se debe considerar el impacto particular en el bienestar mental de estos colectivos y el aumento de los niveles de ansiedad que la separación de los/as niños/as y el mundo exterior puede causar.(269)

Y, recientemente, The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action UNICEF (270) realiza un informe técnico sobre: La COVID-19 y los/as niños/as privados de libertad. En él se plantea la necesidad de moratoria para el ingreso de nuevos/as niños/as en centros, liberar a los que pueden serlo de forma segura y proteger la salud y el bienestar de los que deben estar retenidos.

Dado los problemas de estos colectivos tiene que ver con las dificultades para establecer conexiones sociales por la propia medida, se plantea la necesidad de establecer una estrategia con programas y planes para facilitar la conexión (208)

Solo se ha visto una referencia de un grupo, de al menos 19 niños/as, en un centro de detención de inmigrantes en Chicago que dieron positivo en la última semana. Dentro del análisis de las comunidades de inmigrantes, en el que abundan los informes de personas que murieron en sus hogares porque tenían miedo de buscar atención. (271)

Muchas organizaciones benéficas y centros de acogida ahora están cerrados y los/as niños/as pequeños/as (de ≤ 5 años) que viven en alojamientos temporales tienen una situación invisible que puede minusvalorarse porque no están en la calle como personas sin hogar. Muchas familias tienen que vivir en una habitación individual con instalaciones compartidas de cocina y baño, lo que causa hacinamiento y hace que el autoaislamiento sea imposible en espacios reducidos, los/as niños/as tienen un espacio inadecuado para gatear o jugar y no tienen acceso al aire fresco(272)

8.1. Resumen del informe presentado en Conferencia Norteamericana de Acogimiento Residencial sobre menores en acogimiento residencial en España y COVID-19

En Abril se presentó en la Conferencia Norteamericana de Acogimiento Residencial un informe (273) resumen sobre la situación de menores en acogimiento residencial en España, de alcance limitado pues se hizo mediante una consulta rápida a algunas entidades y administraciones que gestionan o tienen competencia en acogimiento residencial. Los datos se recogieron en las primeras semanas de abril, muy pocas administraciones o entidades consultadas conocía algún caso identificado como positivo entre los niños, niñas y adolescentes acogidos, siendo algo más frecuentes las situaciones de sospecha que finalmente resultaban negativas, este dato se ha corroborado a lo largo del periodo de confinamiento. Sin embargo, sí que ha habido que realizar aislamiento por fugas del hogar, también escasas, y en menos casos que en periodos normales.

Igualmente, ha habido pocos casos de educadores/as o personal identificados como positivos. Sin embargo, sí que existían numerosos educadores de baja por cuarentena al haber estado conviviendo o en riesgo por proximidad con personas infectadas. Estas cuarentenas preventivas, han ocasionado un buen número de bajas entre el personal.

Seguimiento escolar

Ha habido desigualdad en el seguimiento de la formación escolar por métodos virtuales, online, etc. En acogimiento residencial, la falta de un número suficiente de dispositivos como ordenadores de mesa, portátiles, tablets, etc., se ha comentado por parte de algunas administraciones y entidades, aunque en este tema existe una gran variabilidad. El problema de una dotación suficiente de ordenadores y otros dispositivos ya se había detectado. En algunos hogares los dispositivos eran antiguos y poco ágiles para requerimientos como los actuales. Otro tanto ocurría, cuando las conexiones a Internet no cuentan con buena cobertura de banda ancha.

En esta nueva situación en la que muchos los niños, niñas y adolescentes han necesitado seguir su actividad escolar por internet con sus profesores, han surgido dificultades para

disponer de un número suficiente de ordenadores. Además, también se precisaba conectar con sus amigos y sus redes sociales, así como el contacto con sus familias de origen y, en algunos casos, con sus terapeutas.

Uno de los aprendizajes muy importantes de esta crisis, pero que revela una necesidad latente ya hace tiempo, es que en la educación de niños, niñas y adolescentes, hoy día, los dispositivos y el acceso a las redes es material esencial y obligatorio para generar oportunidades educativas que no perpetúen la desigualdad de partida de estos chicos y chicas.

Algunas entidades han contratado más personal de refuerzo dada la necesidad de atender al mayor tiempo de presencia de los niños, niñas y adolescentes en los hogares de acogida. De un lado, para actividades escolares que necesitan el apoyo de adultos y la ayuda para su realización en el hogar, y por otro, para facilitar la creatividad y la organización para el amplio margen de ocio durante el confinamiento. Los equipos de apoyo técnico han trabajado desde sus casas para evitar entradas y salidas de adultos en hogares que no sean esenciales. En algunos territorios, se ha reforzado el asesoramiento y apoyo psicológico (a distancia) con los propios profesionales de los equipos de infancia o de otros programas de apoyo a las familias atendiendo directamente a niños, niñas, jóvenes y profesionales de atención directa.

Se han modificado los turnos de forma que facilitaran un menor número de cambios de personal en el día. Se han establecido turnos intensivos, en ocasiones de varios días seguidos y que requieren menos cambios, menos entradas y salidas.

Con algunas diferencias por comunidades, se han detectado varios algunos de ellos muy similares a los que están experimentando las familias en sus hogares:

a) En general un volumen de tareas encargadas que es excesiva (imposible de cumplir incluso con medios adecuados) y problemas de coordinación del profesorado que las solicita que no tiene en cuenta el volumen final acumulado.

b) Uso de plataformas y aplicaciones muy diferentes entre centros escolares que requieren en los hogares una diversidad de medios muy grande.

c) Falta de respuesta de algunos profesores ante la elaboración de tareas de los alumnos, falta de retroalimentación y valoración sobre esas tareas realizadas. Esto desanima a algunos alumnos que no reciben respuesta a sus trabajos y no se sienten acompañados en el trabajo escolar.

d) Dificultad de las ratios en algunos hogares para dar apoyo individualizado a todos los niños, niñas y jóvenes.

e) Se destaca especialmente la falta de adaptación de las tareas a las posibilidades de cada caso. Un gran número de niños/as tiene necesidad de adaptaciones curriculares (más de una cuarta parte según nuestros estudios recientes en acogimiento residencial en España) y las tareas no viene adaptadas para estos casos, por lo que son excesivas y muy difíciles para muchos de ellos.

No obstante, existen también algunas experiencias de intensificación de la relación entre el sistema educativo y los servicios de familia e infancia, tanto para facilitar materiales que permitan el seguimiento académico como para recibir programas de refuerzo escolar.

Relaciones con familias biológicas

La norma general ha sido suspender cualquier visita familiar y las salidas a sus hogares. En algunas comunidades se han admitido propuestas para situaciones particulares o especiales que debe contar con permiso de la autoridad. Se ha suplido el régimen de visitas con

contactos por videollamadas u otros medios de comunicación, con las limitaciones ya comentadas de recursos, pero en general se está valorando positivamente la experiencia. Para paliar estas dificultades también se han relajado las restricciones de llamadas de teléfono móvil con el que sí cuentan los adolescentes para permitirles más contacto familiar y con amigos. También se han facilitado los contactos telemáticos y telefónicos con familias voluntarias de apoyo (salidas de fin de semana, etc.) con las que niños y niñas ya estaban en contacto.

En varias comunidades se ha podido enviar a los/as menores con sus familias biológicas en casos donde las condiciones lo hacían posible, con apoyo a distancia de los propios educadores o, en otros lugares, de los profesionales de servicios de infancia. Están valorando muy positivamente la experiencia en varias comunidades, consiguiendo rebajar la ocupación de plazas en algunos hogares y realizar un trabajo conjunto con las familias de origen. Destaca el caso de uno de los territorios que ha ubicado a 34 niños/as con sus familias de origen, también otros con educadores y en acogimiento especializado, librando hasta un total de 61 plazas en previsión de necesidades de espacio para aislamiento.

Siguiendo instrucciones del Ministerio se han preparado los servicios para posibles acogimientos de guardas voluntarias por ingreso de padres en hospitales. Se han dado muy pocos casos.

Transición a la vida adulta

Se han paralizado la finalización de medida de tutela por mayoría de edad, realizando prórrogas cuando ha sido necesario. En caso se habilitaron pisos para jóvenes que cumplían la mayoría de edad durante el confinamiento. Para los programas de apoyo a extutelados en transición a la vida adulta se han incrementado los contactos telefónicos para los seguimientos.

Menores extranjeros no acompañados

En las comunidades de mayor llegada de grupos de menores extranjeros no acompañados los problemas para nuevos ingresos en grupo han sido muy difíciles, por la necesidad de espacios de aislamiento inicial, aunque las cifras de estos casos parecen haber disminuido en estas primeras semanas de crisis sanitaria.

Por otra parte, en estos casos, los procesos de documentación se han visto frenados por el cierre o ralentización de las oficinas administrativas que los gestionan.

Medidas sanitarias

Todos los hogares han hecho un despliegue intensivo de información para los niños, niñas y jóvenes acogidos, creando carteles, poniendo vídeos, charlas, debates, etc. sobre el coronavirus, la pandemia y sobre todo los medios y hábitos de protección personal. Los hogares, como el resto de la población, han podido acogerse a los permisos especiales del gobierno para poder salir a pasear con menores con problemas específicos, como el caso de trastorno del espectro autista, etc. En algunos territorios la propia entidad pública ha expedido los permisos para estos casos en coordinación con las fuerzas del orden.

En general ha habido muy pocas incidencias de conflictividad o fugas. Estos problemas se estaban localizando en hogares para adolescentes con problemas de conducta donde ha habido más episodios críticos.

Salud Mental y bienestar psicológico

En varias entidades y comunidades autónomas se ha observado que algunos niños, niñas y adolescentes con problemas de comportamiento están mejorando su estado, probablemente debido a la falta de presión por la asistencia escolar y los ritmos intensos de

las semanas lectivas. Se produce menos conflictividad, menos fugas y se muestran más cooperadores en la vida cotidiana.

Es interesante y un aspecto positivo del confinamiento, que ha supuesto una mejora en las relaciones entre menores y cuidadores, y bienestar por haber desarrollado más confianza en el sistema de protección. Esta por analizar el papel que tiene la ausencia de visitas de las familias biológicas durante el confinamiento.

9. Juego patológico

María Tajés Alonso. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. SEP

Al problema de los trastornos adictivos en la adolescencia se suma al derivado del consumo de sustancias el generado por el uso globalizado de Internet, las redes sociales, los videojuegos y el juego *online*. Trabajos recientes han alertado sobre la creciente participación de los menores en juegos de azar *online*, una conducta que además de ser ilegal posee un enorme potencial adictivo.

Según la Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (274), un 75,9% de los escolares de entre 14 y 18 años reconoce haber consumido alcohol en el transcurso del último año, un 35% tabaco y un 27,5% cannabis (Plan Nacional sobre Drogas [PND], 2019). A esta problemática “tradicional” se ha unido en los últimos años la que se deriva del uso que los jóvenes hacen de Internet, las redes sociales y, por extensión, las “tecnologías”, que incluye el uso de videojuegos y el juego *online*. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017 - 2024 (275) señala literalmente la existencia de “una preocupación creciente por el aumento del uso patológico de Internet, los medios digitales y las redes sociales, así como por el papel de las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso a y potenciadoras de otras conductas adictivas, especialmente de los juegos de apuesta y el juego *online* entre adolescentes, muy mediado por una publicidad agresiva”. A su vez, el Informe sobre adicciones comportamentales, publicado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA] de forma conjunta con el PND (276), recalca la enorme participación en juegos de azar en nuestro país.

En el DSM-V la clasificación del juego de azar patológico recibe el nombre de “Trastorno por juego” (“Gambling Disorder”) y es recogida en el apartado de “Adicción no relacionada con sustancias” (277). En el manual diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (CIE-11) este trastorno aparece bajo el nombre de “Trastorno por juego de apuestas”, y por primera vez se incluyen los especificadores “predominantemente fuera de línea” y “predominantemente en línea” (278). Aunque afortunadamente no todos los adolescentes que juegan *online* llegan a desarrollar un trastorno por juego, cuando una conducta potencialmente adictiva se inicia a edades tempranas se incrementa la probabilidad de desarrollar una verdadera adicción en la vida adulta (279).

Verizon, una empresa de telecomunicaciones con sede en los EE. UU. informó un aumento del 75% en la actividad de juegos en línea que coincide con directivas iniciales de permanencia en el hogar en la pandemia por COVID 19 (280). En Italia, se informó de un aumento del 70% en el tráfico de internet de Fortnite-gaming (281). Steam, un juego líder reportó más de 20 millones de usuarios activos concurrentes, la mayor cantidad en sus 16 años historia, y las plataformas de transmisión en vivo YouTube Gaming y Twitch informaron un aumento del 10% en audiencia (282).

En el momento actual, aunque existe poca información acerca del impacto que el confinamiento haya podido tener sobre la conducta de juego en los menores, existe una preocupación generalizada sobre este hecho.(157) (Vieta et al). La limitación en la realización de actividades de ocio al aire libre y un elevada accesibilidad a internet pueden ser factores de riesgo incrementar la conducta de juego a través de internet (excepto las apuestas deportivas) . Diferentes grupos están desarrollando investigaciones para esclarecer estas cuestiones. En España, un grupo compuesto por investigadores de la universidad de Santiago de Compostela, Vigo y Valencia, junto con expertos y media docena de universidades de Latinoamérica (Méjico, Ecuador, Argentina, República Dominicana, Perú y Colombia) en un estudio cuyo objetivo es precisamente analizar el impacto del confinamiento sobre las Adicciones (con y sin sustancia), en la población general y en especial entre los jóvenes. El european monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA) está desarrollando una encuesta en más de 18 países para conocer el consumo de drogas durante el confinamiento; sin embargo, no se incluye a población menor de edad ni la adicción al juego.

Hasta ahora, el aumento de los juegos en línea se ha percibido como complementario. a los esfuerzos de salud pública para promover el distanciamiento físico (283,284).

Iniciativas como #PlayApartTogether promueven los juegos para socializar y reducir el estrés y puede lograr resultados positivos. La evidencia de la investigación muestra que la alta participación en los juegos no es necesariamente problemático y que para la mayoría, los juegos parecen adaptativos (285) y puede reducir la soledad.

Sin embargo, es importante reconocer que el aumento del tiempo dedicado al juego no siempre es beneficioso, y que es de especial riesgo en aquellas personas vulnerables (como los menores) o en los que presentaban previamente adicción al juego (286). Es conocido el impacto que el juego excesivo puede tener sobre la salud mental, el patrón del sueño o la salud física (287). La información reciente de salud mental de la OMS (#HealthyAtHome - Mental Health) recomienda equilibrar y no abusar del tiempo de permanencia en pantalla y jugando (288) (OMS, 2020).

Los períodos prolongados de aislamiento, una actividad excesivamente basada en la tecnología y la limitación de la interacción cara a cara con las personas son factores de riesgo de consolidación de patrones de estilo de vida poco saludables, de incrementar los trastornos relacionados con la tecnología y de conducir a dificultades para la readaptación cuando la crisis de COVID-19 finalice.

10. Maltrato intrafamiliar en situaciones de confinamiento

Concha López-Soler. Psicóloga Clínica. Prof^ª. Titular Vinculada Clínica. Hospital Clínico Universitario V. de la Arrixaca. Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Alma Martínez de Salazar Arboleas, F.E.A. Psicología Clínica, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

Antonia Martínez Pérez. Psicóloga Clínica. Profesora Asociada, Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia

El Secretario General de la ONU, António Guterres, ha señalado como "horrible aumento global de la violencia doméstica"(289). Vivir en condiciones de maltrato a la madre por parte de la pareja, se reconoce cada vez más como un tipo de maltrato infantil que tiene un nivel de discapacidad similar a otros tipos de abuso y negligencia (290) . La exposición de hijos a hijas a la violencia de pareja (IPV), está relacionada con experiencias directas de

abuso físico, sexual y emocional, así como presenciar directa o vicariamente violencia en sus hogares, escuelas y comunidades. Lo que comparten estas diversas formas de violencia, basado en una revisión de la literatura, es su potencial perdurable de consecuencias para toda la vida(291). Se ha planteado en estudios previos (292) la necesidad de proteger a los bebés vulnerables durante tiempos económicos difíciles por incremento de muerte por traumatismos craneoencefálicos no accidentales.

Las Naciones Unidas han identificado a la infancia y adolescencia, como un grupo de preocupación prioritaria, destacando su mayor riesgo de sufrir violencia, de sufrir impactos mentales y psicosociales, de no tener acceso a los servicios de salud, y de sufrir desnutrición. Las niñas (y las mujeres) suelen correr un riesgo aún mayor de no poder acceder a los servicios de salud.

En España, según la comparecencia ante la comisión para la reconstrucción social y económica del congreso de los diputados en Mayo de 2020, de la Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR) (293), informó que recibió durante los meses de confinamiento 3803 peticiones de ayuda de menores. Se observó que los casos de violencia contra menores han aumentado durante el confinamiento, siendo la violencia doméstica (17.9%) la que más destaca, seguido de malos tratos psicológicos (12.7%), abuso sexual (5.3%), situación de abandono y cuidadores negligentes (3.5%), violencia de género (3.4%), ciberbullying (2.5%), agresiones extrafamiliares o producidas por vecinos (1.9%), bullying (1.7%), grooming (0.5%), expulsión del hogar (0.3%), pornografía infantil, ciberacoso, prostitución infantil, castigo severo (0.1% cada una). Los casos de maltrato por violencia física, emocional y/o sexual, aumentaron progresivamente desde el 23 de Marzo (36%) al 3 de Mayo (48%). La prevalencia de maltrato durante el confinamiento, así como sus consecuencias psicológicas, se irán conociendo durante los próximos meses, una vez restaurada la normalidad.

En los menores expuestos a violencia de género, ha habido un incremento leve de reacciones psicológicas negativas durante el confinamiento, según han informado las madres, principalmente en preocupaciones, nerviosismo, ansiedad de separación, tristeza, disforia, reacciones celotípicas, inquietud, problemas de sueño, pesadillas, dependencia de adultos, intolerancia a la frustración, comportamiento disruptivo y agresividad, según la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Adolescencia, Quiero Crecer). También informa que las relaciones madre-hijos/as, han mejorado durante el confinamiento a pesar de los problemas económicos que ha supuesto, debido, según informan, a permanecer más tiempo juntos, realizar actividades conjuntas, y tener menos presión escolar y laboral, ausencia del agresor, así como no poder salir por imposición externa y no materna. En investigaciones previas, los menores expuestos a la violencia contra sus madres(294), presentaban mayoritariamente problemas de ansiedad (45%), depresión (35%) y estrés postraumático, y un 53% presenta 2 o más problemas psicológicos, por tanto su nivel de vulnerabilidad es muy alto. En algunas alteraciones la proporción llegaba a ser 10 veces superior a menores no expuestos a violencia de género.

Niños y niñas tutelados/as, que han sufrido traumas durante su desarrollo, por condiciones de maltrato grave, durante el confinamiento han respondido de forma muy variada en parte por las diferentes condiciones de tutela (pisos, centros, familias de acogida), y en parte por sus condiciones previas de salud mental y apoyo familiar. En familias de acogida y cuando están varios hermanos juntos, el confinamiento tiene unas características diferentes a las condiciones de menores en centros con un gran grupo de tutelados. No se disponen aún de informes sobre estado y consecuencias psicológicas del confinamiento, pero si las normas de finalización de visitas de la familia, cuando las había, para evitar contagios. Los datos que se tienen de las asociación y equipos que atienden a estos menores, informan de una época inicial (alrededor de 10-12 días) de gran desorientación e inquietud, a una convivencia

estable y con menos conflictos que anteriormente, incluida época precovid. Los/as profesionales que les cuidan, protegen y atienden, han organizado la vida diaria y los hábitos, de forma que las actividades lúdicas y las responsabilidades escolares y personales, se estabilizaran, evitando experiencias de desorientación y caos. Hasta que punto se ha logrado su bienestar y como ha podido afectarles en positivo o negativo estas condiciones, se verá posteriormente. Indudablemente el relato personal de esta experiencia por parte de ellos/as, será muy importante para analizar las condiciones externas de la vida normal, que suponen factores de riesgo y resiliencia en este grupo de menores. Es importante saber sus condiciones previas de salud mental, en las que la sintomatología internalizante (ansiedad, depresión, quejas somáticas, retraimiento), y externalizante (alta frustración, explosiones ira, negativismo), junto a problemas en las relaciones de dependencia/rechazo y reexperimentación de traumas, es considerada actualmente como trauma complejo (295,296), y ha sido propuesto en la CIE-11. Adicionalmente hay un alto porcentaje de menores que han sufrido maltrato que presentan TEPT, siendo superior en tutelados (297). En este sentido un elemento central en el impacto del maltrato en los primeros años de vida se basa en las alteraciones que presenta el sistema de apego entre cuidador/a y menor. Como indica Galán (298), es determinante la protección y los cuidados frente a peligros externos e internos, y para la comunicación y las relaciones interpersonales a lo largo de la vida. La experiencia de separación de las familias biológicas y el ingreso en el sistema de tutela, así como todo el devenir posterior, implica condiciones de nuevos traumas, por ello mejorar todo lo posible sus condiciones de vida y los recursos necesarios en salud mental para su mejora, es imprescindible.

3ª PARTE: ASPECTOS NUEVOS APRENDIDOS DE LA INTERACCIÓN CLÍNICA CON LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Aspectos aprendidos y de resiliencia ante el confinamiento: entorno social, educativo y familiar

Debbie Fuentes-Casany, Psicóloga Clínica Especialista, Programa de Soporte a Primaria Infanto-juvenil de la Selva Marítima (Institut d'Assistència Sanitària, Girona).

Lorena Morago, Psicóloga Clínica Especialista, Hospital de día de adolescentes de Badalona, Fundación Vidal i Barraquer (Barcelona).

Los programas de investigación estratégica a más largo plazo son desarrollar intervenciones novedosas para proteger el bienestar mental, incluidas aquellas basadas en componentes positivos basados en mecanismos (por ejemplo, factores causales modificables), como el altruismo y el comportamiento prosocial. Esto podría incluir mayores oportunidades para obtener el apoyo de la comunidad, ejercicios, actividades sociales, capacitación en asertividad y resolución de conflictos, e intervenciones grupales que brindan apoyo a través de sus pares. (40)

A día de hoy contamos con escasos datos empíricos que nos expliquen cómo la situación de pandemia actual (COVID 19) ha afectado o puede afectar a la salud mental de los/as niños/as y adolescentes que han sufrido tanto los efectos de la incidencia del virus en su entorno (derivados de la enfermedad, padecida en uno mismo o en el entorno, las posibles hospitalizaciones o pérdidas de algún miembro de la familia, separación temporal o definitiva de las figuras cuidadoras habituales...) como los derivados de la situación de

confinamiento (aislamiento social en etapas tan importantes como la adolescencia, la convivencia con las familias, no siempre contenedoras, la pérdida escolar...).

Estudios de situaciones anteriores que pudieran ser similares por su elevado impacto emocional, clínico-sanitario o socioeconómico, podrían ser poco aplicables a la hora de predecir el impacto de la situación actual. Debemos ser especialmente cautos a la hora de hipotetizar los posibles efectos en la salud mental de la población.

No podemos predecir de manera general la manera en que afectará a niños/as y adolescentes esta crisis, pues toman especial importancia las condiciones individuales del confinamiento (también en los usuarios de Salud Mental), la capacidad contenedora del entorno, la singularidad propia de cada sujeto, la vulnerabilidad previa que presentasen, así como la capacidad contenedora que el entorno familiar, social y profesional haya podido y pueda ofrecerles durante y después de la pandemia (299).

Lo que podemos vislumbrar es el reto adaptativo que supone la situación de pandemia actual, que conlleva y conllevará cambios en nuestro modo de vida, permanentes o más pasajeros y requerirá, también, modificar la asistencia e intervención con niños/as y adolescentes en el ámbito de salud mental. Dicho cambio vendrá determinado tanto por las exigencias propias e inmodificables que nos plantea la situación (las limitaciones que nos impongan las medidas de distanciamiento social) como por los aprendizajes que hayamos podido extraer de la misma.

La crisis, entendida como oportunidad para hacer las cosas de forma distinta, nos abre la posibilidad de repensar la atención al sufrimiento, y en este sentido, el saber vendrá desde los propios chicos y sus familias, que serán quienes nos muestren sus demandas y necesidades y, en último término, nos marquen la manera en que debemos atenderlo.

La mayoría de los países han implementado medidas de distanciamiento para frenar la propagación de la infección y minimizar el impacto del virus (300). Viner et al.(34) han valorado el riesgo del cierre de las escuelas durante la pandemia relacionado con las restricciones en el aprendizaje, socialización y actividad física, propiciando un mayor uso de pantallas y hábitos menos saludables, y situando en un mayor riesgo a los alumnos más vulnerables. Otras revisiones también destacan el distanciamiento social, el menor espacio de intimidad y de relación entre iguales tan necesarios para el desarrollo adolescente y su individuación (300). Por otro lado, Ferguson et al. (301), predice una reducción del 2-4% de las muertes con el cierre de las escuelas del Reino Unido, lo que valora escasamente esta restricción como positiva.

No podemos olvidar que, en este sentido, las diferencias socioeconómicas en el acceso a la tecnología así como en las posibilidades de ser acompañados por adultos capaces de enseñar, han sido señaladas de manera más marcada que nunca. En este sentido, el acceso a la educación no ha sido igual para todos, a pesar del esfuerzo realizado por docentes y familias y de estas condiciones dependerán en gran medida, las consecuencias que este periodo pueda suponer, a nivel escolar, en los diferentes niños/as y familias.

Las escuelas tienen un papel fundamental, no solo en lo académico sino también en la promoción de la salud. En 2009, coincidiendo con la pandemia de la H1N1, más conocida en nuestro país como gripe A, (302), advertían sobre la importancia del apoyo de la salud mental a los sistemas escolares, pudiendo proporcionar una red de apoyo para aumentar la capacidad de afrontamiento. Entendían que, dado que los/as niños/as se consideran de alto riesgo, la capacitación docente brindada por profesionales de la salud mental puede proporcionar a los educadores un marco para ayudar a los/as niños/as a sobrellevar las consecuencias de la pandemia. Algunas de las habilidades que proponían, eran la

capacitación en habilidades de escucha empática y el compartir experiencias permitiendo una sensación de alivio.

En caso de confinamiento en el hogar, los padres son a menudo el recurso más cercano y accesible para que los/as niños/as busquen ayuda. El confinamiento en el hogar podría ofrecer una buena oportunidad para mejorar la interacción entre padres e hijos, involucrar a los/as niños/as en actividades familiares y mejorar sus habilidades de autosuficiencia. Con los enfoques de crianza adecuados, se pueden fortalecer los lazos familiares y satisfacer las necesidades psicológicas de los/as niños/as. (147)

La situación de pandemia genera miedos, incertidumbre, múltiples cambios, y adultos y pequeños reaccionan emocionalmente de forma consecuente a la situación. Una de las situaciones que el confinamiento en el hogar permite, es que el estrés causado por un cambio tan fuerte en el entorno de los menores podría aliviarse hasta cierto punto por la presencia de estos padres (145). Es probable que los padres que controlan su estrés y que son más solidarios y saludables brinden la comodidad necesaria a sus hijos. El estrés experimentado por los adultos a menudo se refleja en los/as niños/as. Los/as niños/as miran a los padres y las madres o figuras de apego a modo de espejo, buscando encontrar en ellos/as cómo manejar sus emociones y reaccionar después de una situación estresante (302).

Para que esto se dé, los adultos deben ser auténticos acerca de la incertidumbre y los desafíos psicológicos de la pandemia, sin abrumar a los/as niños/as con sus propios miedos. Esta honestidad no solo ofrece una explicación coherente de lo que los/as niños/as están observando, sino que también les otorga permiso para que hablen con seguridad sobre sus propios sentimientos. Normalizar sus reacciones emocionales y tranquilizar a los/as niños/as sobre cómo se cuidarán la familia ayuda a contener la ansiedad y proporciona un enfoque compartido (160).

Por otro lado, no podemos olvidar lo que Healthlink (303) señala. Muchos/as niños/as pequeños/as pueden mostrar comportamientos regresivos, niños/as en edad escolar pueden mostrar conductas disruptivas, incluida agresión, pesadillas, falta de atención o enfado y algunos adolescentes mostrarán problemas de sueño, problemas con los iguales, aislamiento y depresión. Estos eventos estresantes correlacionan con el propio estrés emocional de los padres y pueden favorecer actitudes duras y punitivas de los padres hacia los hijos (304), por lo que deberemos estar atentos para acompañar y enseñar a las familias a tolerar y contener estas reacciones y así, evitar un empeoramiento en las relaciones y vínculos con los hijos.

La pandemia, por otro lado, ofrece una oportunidad para el desarrollo de la resiliencia, la creatividad y la adaptabilidad en los/as niños/as y adolescentes. También se ha desarrollado un sentimiento de comunidad que pueden aumentar el valor de lo social y la responsabilidad y autosacrificio para la protección de los más vulnerables (300).

Bartlett y Vivrette (305) determinan cinco grandes factores que propician la resiliencia en los/as niños/as y adolescentes en la pandemia de la COVID-19: el factor relacionado con las buenas habilidades parentales (sensibles y adecuadas); en segundo lugar el hecho de tener cubiertas las necesidades básicas; también el factor relacionado con un buen acompañamiento emocional de los pequeños; en cuarto lugar el apoyo a los cuidadores en sus necesidades y dificultades; y finalmente el mantenimiento de las relaciones sociales. Como se puede observar la familia y la comunidad son pilares claves de estos factores, justamente dos elementos que han podido ser potenciados por la mayor presencia de los adultos en casa y por el sentimiento de comunidad generado y la solidaridad asociada.

La creación de una red social y comunitaria puede ser particularmente útil para familias desfavorecidas o monoparentales, para dotar de recursos valiosos para manejar las dificultades de los asuntos familiares que se pueden generar a raíz del confinamiento en el hogar o los cambios que se puedan producir en las actividades sociales o escolares. Desde las asociaciones de familias de las escuelas, los trabajadores sociales o los psicólogos, pueden intervenir a distintos niveles, pero es necesario actuar para que sea accesible para todos ellos (147).

Las Naciones Unidas (1) recomiendan fomentar la cohesión social, la solidaridad, las habilidades de afrontamiento, reducir la soledad, entre otros, con la finalidad de reducir el sufrimiento en momentos de crisis, acompañándose de un mejor estudio de los efectos de las restricciones públicas en el bienestar de los ciudadanos.

Se ha demostrado que los servicios de salud mental a través de teleasistencia son igualmente efectivos, pero no todas las familias ni tampoco todos los profesionales tienen la tecnología necesaria para implementar la teleasistencia como una solución integral a largo plazo. Si bien, a corto plazo puede ser útil, con esta medida se puede estar aumentando las desigualdades sociales, por lo que son las políticas y el financiamiento, quienes van a poder eliminar las barreras en el acceso (51).

También se han propuesto alternativas como algunas aplicaciones móviles. Incluso desde la OMS, la UNICEF, entre otras alianzas y asociaciones para el cuidado de los menores, están colaborando para proporcionar recursos de crianza en línea de acceso abierto durante COVID-19. Estos recursos se centran en consejos concretos para construir relaciones positivas, regular y controlar el comportamiento, y controlar el estrés de los padres. Se comparten a través de las redes sociales e incluso son accesibles para teléfonos no inteligentes para facilitar que lleguen a todo tipo de poblaciones (106).

En 2009, Stevenson et al. (306), en referencia a la pandemia de la gripe A (H1N1) evaluó las necesidades de los/as niños/as y adolescentes. Identificó el sistema de salud mental infanto-juvenil como clave por el aumento de las necesidades durante la pandemia. Planteaba ya hace más de 10 años, que los servicios tradicionalmente prestados en encuentros cara a cara, deberían adaptarse al distanciamiento social. Por ejemplo, las intervenciones realizadas por teléfono se identificaban como una respuesta potencial, pero limitada para abordar todas las necesidades de apoyo psicosocial de los menores y sus familias. Stevenson et al. advertían que una pandemia requeriría el uso innovador de tecnología como el Internet y los servicios móviles para el manejo del estrés. Hace una década, cuando los teléfonos inteligentes aún no estaban en los bolsillos de la población general, Stevenson et al. (2009) ya pedían que los departamentos de salud nacionales y por regiones, considerasen fortalecer la infraestructura y la capacitación necesarias para respaldar estos servicios.

Los planes nacionales y regionales deben incluir una respuesta organizada de salud mental a las necesidades de los/as niños/as y sus familias durante y después de una pandemia, priorizando la colaboración entre organizaciones e instituciones (306). En el aspecto de la coordinación, pero también en el de la teleasistencia, se pone en juego la Ley de Protección de Datos. Golberstein, Wen y Miller (51) plantean incluso reconsiderar algunas restricciones de privacidad temporalmente, que faciliten el traspaso de información entre instituciones. Por otro lado, pone de relieve que algunos menores no podrán recibir asistencia y proteger su intimidad a la vez, ni siquiera en su hogar, ya que no tendrán un espacio ni un respeto de su intimidad suficiente para poder recibir teleasistencia.

1. Conclusiones:

Los distintos artículos que reflexionan sobre los cambios implícitos de la situación de pandemia y sobre los aprendizajes que pueden hacer mejorar la asistencia y promoción de la salud mental en el momento actual y a largo plazo, coinciden en la importancia de la familia y la comunidad.

La familia nuclear en estos momentos de confinamiento en el hogar y restricción de las actividades laborales está teniendo un papel crucial y es una oportunidad para poder potenciar las habilidades parentales sensibles y responsables de los cuidadores, y darles el papel central de la educación integral de sus hijos e hijas. La promoción del teletrabajo o los horarios flexibles durante esta pandemia puede ser el impulso para una conciliación familiar real.

En cuanto a la comunidad, la coordinación entre instituciones y distintos agentes de salud, educacionales o sociales son claves para llegar a todas las familias de forma organizada y especialmente a las más vulnerables. Además, el hecho de compartir conocimientos enriquece a cada una de las ramas haciéndola más potente y efectiva, y puede ser una oportunidad de crear sinergias entre distintos agentes.

La situación de distanciamiento social promueve la asistencia telemática como vía para poder seguir con la mayoría de las intervenciones. La falta de recursos en las instituciones hace que no siempre se pueda llevar a cabo. El desarrollo tecnológico en la mayoría de hogares ha sido exponencial en los últimos tiempos. Las pantallas y los dispositivos inteligentes están a la orden del día, pero esto no ha llegado en la misma medida a los centros de salud mental. Esta situación de imperiosa necesidad de reconvertirnos a nivel asistencial, puede ser una oportunidad para dotar de tecnología segura con la que poder trabajar.

Como siempre, los más vulnerables, son los más perjudicados, y aunque esta pandemia ha afectado a toda la población, a algunos más que otros. La solidaridad y el sentimiento de comunidad debería ser la oportunidad para romper barreras y estigmas, acercarnos al prójimo, y tener en cuenta la singularidad de cada individuo y familia, entendiendo que las medidas que se tomen no tienen las mismas consecuencias para todos.

2. Recomendaciones:

1. Facilitar la conciliación familiar real que permita una mejor estructuración del día a día de las familias, mayor presencia de los cuidadores en el domicilio y disponibilidad de los mismos. Permitiendo, también, un mejor ajuste de los horarios escolares y extraescolares con los laborales.
2. Estimular una red comunitaria real de apoyo a las familias, que promocióne y ayude en las habilidades de crianza basadas en los conocimientos de la teoría del apego desde el inicio del ciclo vital y de acompañamiento a lo largo del crecimiento de los/as niños/as.
3. Promocionar la salud mental para una mejor calidad de vida y resiliencia, a partir de recursos personales y el fomento de una buena regulación emocional de la población, tanto a nivel de estrategias de afrontamiento, como de comprensión de la naturaleza de las emociones vistas como naturales, necesarias e inofensivas.
4. Promocionar la coordinación e integración entre servicios y agentes sociales, clínicos, educativos, entre otros, para proporcionar unos recursos comunitarios más idóneos, que permitan no duplicar esfuerzos ni dejar fuera a nadie. Además de poder acercarse a las familias desde una perspectiva global, no parcelada.

5. Incentivar la llegada de las nuevas tecnologías a todos los hogares, acompañada de educación a la comunidad en su buen uso.
6. Revisar los protocolos de protección de datos y ajustar la asistencia telemática a estas directrices, dotando a los centros de salud, sociales, educacionales, entre otros, de la tecnología segura suficiente para llevar a cabo estas intervenciones.
7. Aprovechar el sentimiento de comunidad y solidaridad generado en contexto de adversidad para romper barreras de estigma, acercándose al prójimo, entendiendo también la individualidad de cada ciudadano, observando y redefiniendo la diferencia como riqueza y no como problema.
8. Comenzar la atención a la salud mental desde los dispositivos de atención primaria, con la intención de detectar de manera comunitaria las necesidades reales de los ciudadanos antes de que surja la patología mental franca.

Línea estratégica para disminuir el impacto negativo de la pandemia en la salud mental infantojuvenil

María Tajés Alonso. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. SEP
Javier Royo Moya. Psiquiatra. Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud. SEP

Habitualmente, el estado de salud física de los/as niños/as y adolescentes es bueno y no suelen requerir de atención sanitaria, a excepción de las revisiones realizadas al amparo de programas de vacunación y preventivos. Ante la importancia de identificar precozmente los problemas de salud mental, que debutan e la mayor parte de las personas antes de la entrada en la vida adulta, es necesario mejorar la capacidad de diagnóstico entre los profesionales que prestan atención a esta franja etaria e implantar programas que permitan la identificación precoz de trastornos mentales en la infancia, y su tratamiento en esta fase sensible del desarrollo(307)

Si no se tratan, los problemas de salud mental pueden conllevar resultados negativos en la salud y adaptación social de las personas que los padecen.

Debido a la combinación única de crisis sanitaria, aislamiento social y recesión económica, la pandemia por COVID-19 puede conllevar el empeoramiento de los problemas de salud mental en una proporción relevante de personas, incluidos niños/as y adolescentes, que ya presentaban una patología con anterioridad. Las situaciones de recesión económica se han asociado con mayor prevalencia de problemas de salud mental en la infancia y juventud también or las implicaciones que dicha situación tiene en la salud mental de sus cuidadores adultos, en la economía del núcleo de convivencia familiar, el desempleo y el maltrato infantil.(308)

El impacto que la pandemia por COVID-19 puede tener sobre la infancia no es uniforme. Depende de factores diversos: pérdida de un ser querido, familias que la incidencia del virus en su territorio de residencia, cuarentena o ausencia de los padres por pertenencia a un sector esencial y la exposición de estos a situaciones de contagio, la situación económica y empleo, la cobertura de necesidades básicas, etc. En esta situación por lo tanto resulta absolutamente imprescindible introducir en la valoración de la salud mental de los/as niños/as un estudio de la situación de la familia durante el confinamiento y las posteriores fases. En el caso de detectarse alguna necesidad debe orientarse a los otros miembros de la familia a solicitar apoyo y ayuda.

Posibles líneas de trabajo a implantar:

- Herramientas de empoderamiento a la ciudadanía para mejorar su capacidad de manejo de síntomas leves o de baja intensidad.
- Herramientas de comunicación que ayuden a que las personas reconozcan aquellos síntomas o situaciones ante las que es recomendable solicitar intervención sanitaria.
- Mantener la atención a los colectivos de menores con discapacidad de forma continua, tanto en los servicios sanitarios como sociales y educativos
- Potenciación de la tele consulta en el seguimiento de los casos de niños y niñas con trastorno mental severo.
- Promoción de salidas terapéuticas de los menores con pautas claras de cómo minimizar el riesgo de infección.
- Favorecer la conciliación familiar.
- Desarrollar programas específicos dirigidos a prestar apoyo a familias de niño/as con trastorno mental severo.
- Debe promoverse el desarrollo de intervenciones de apoyo comunitario (73)

Los/as niños/as y adolescentes pueden manifestar transitoriamente síntomas de ansiedad o depresión. Estos síntomas pueden beneficiarse de intervenciones psicoeducativas breves o de grupos de apoyo. Otras personas pueden presentar síntomas más severos o exacerbación de su psicopatología de base que requerirá de intervención psicoterapéutica o farmacológica. (70)

Para evitar el impacto negativo de la cuarentena en los/as niños/as y niñas es preciso explicarles lo que está sucediendo y por qué, explicar el tiempo que previsiblemente durará, proporcionar actividades para que hacer, aportando una comunicación clara, asegurando que los suministros básicos (como alimentos, agua y suministros médicos) estén disponibles, y reforzando el sentido de altruismo (109). Trabajar la conexión social es una línea de trabajo para disminuir el impacto negativo. La atención y la divulgación desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud mental (208).

Desde el centro escolar también se puede dar cuidados de la salud mental y el bienestar socio-emocional. Por ejemplo, ofrecer apoyo psicosocial a los estudiantes y al personal educativo para hacer frente al estrés postraumático, coordinar el trabajo de orientadores, trabajadores sociales o coordinadores previamente identificados (213) Además de ser un espacio privilegiado para la identificación y para atender a los grupos vulnerables y a los que corren el riesgo de abandonar los estudios. Y en donde se puede asegurar la motivación de los estudiantes, y abordar la desconexión y el riesgo de abandono, que aumenta en situaciones de emergencia. Identificar a los que corren el riesgo de ser excluidos y no volver a la escuela, y considerar una campaña de vuelta a la escuela. De ser necesario, considerar la posibilidad de ejecutar programas para hacer frente al estigma y la movilización directa de la comunidad, exonerando del pago de derechos de matrícula, ampliando el alcance de los programas de alimentación escolar y prestando apoyo específico a los grupos vulnerables. (213) Promover y facilitar el aprendizaje entre pares, el intercambio de experiencias, información, retos, lecciones aprendidas, pero también soluciones e ideas. Si hay debates de grupo, así como otras acciones a corto plazo para promover la solidaridad y el entendimiento entre los miembros de la comunidad educativa, esto debería cultivarse a medio y largo plazo. (213)

Medidas que se sugieren pueden ser de utilidad para disminuir impacto de COVID en estudiantes a implantar por los centros académicos:(309)

- Mantener educación vía remota (por ejemplo, llamada telefónica, reunión en línea) para proporcionar apoyo académico a los estudiantes de mayor edad. Se debería considerar ofrecer horas de enseñanza virtual a los estudiantes, y favorecer que

éstos puedan trabajar juntos tanto académicamente como en la elaboración de los sentimientos que genera la irrupción de la pandemia en su programación vital y docente. (42)

- La prestación de servicios telemáticos de salud mental se ha encontrado efectiva en el tratamiento ansiedad y síntomas depresivos (310), y la implementación de este tipo de servicios facilitarían la prestación de servicios de asesoramiento (311). Los centros y gabinetes psicopedagógicos de los centros educativos también pueden proporcionar sugerencias para unirse a grupos de apoyo en línea que les permiten compartir preocupaciones comunes y recibir apoyo social (312). Pueden además desarrollar y transmitir mensajes de salud pública a los estudiantes, y alentarlos a tomar medidas para proteger su salud mental. (42)
- Es necesario potenciar el desarrollo de programas clínicos de salud mental dirigidos desde dispositivos comunitarios pero dentro de las escuelas. En el caso de que por motivos de salud pública éstas suspendan su actividad, se vería favorecida la adherencia y continuidad asistencial del alumnado que lo precise en otro entorno, por los mismos profesionales que venían realizando su seguimiento. (42)

Este momento es un tiempo de oportunidades (nuevas herramientas de trabajo, teleconsultas, etc.) con formas y dinámicas nuevas, pero somos conscientes que también un tiempo de escasez de medios. Por lo que debemos ser imaginativos a la hora de implementar dichas herramientas y formas de trabajo para dar una respuesta más adaptada a estos tiempos.

La organización y nuevas formas de asistencia

María Tajés Alonso. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Xerencia de Xestión Integrada Santiago de Compostela. SEP
Javier Royo Moya. Psiquiatra. Psiquiatra. Servicio Navarro de Salud. SEP

La eclosión de la epidemia por COVID 19 ha constituido un reto organizativo sin precedentes para los sistemas sanitarios y sociales. La experiencia aprendida en otros entornos, como China, orienta a que ante la aparición de un brote debe existir una organización autorizada para desplegar y planificar los programas de salud mental en las diferentes zonas y departamentos. Es necesario prestar atención a como se implementan en la práctica los modelos de intervención en crisis teóricos.(313)

Para la atención de la salud mental, tanto la prestación de servicios como la investigación clínica, muchos de estos cambios serán transformadores. Los sistemas de atención médica con frecuencia se atascan en las formas de funcionamiento. Las restricciones asociadas con COVID-19 han obligado a los médicos y pacientes a reevaluar la atención y a centrarse en lo que es absolutamente esencial y basado en la evidencia. Se han adoptado rápidamente nuevas formas de contactar y evaluar a los pacientes con telemedicina. Los sistemas de atención médica, como el Servicio Nacional de Salud, han implementado sistemas de tecnología de la información para apoyar el trabajo a domicilio y las consultas telefónicas a un ritmo que habría parecido imposible en circunstancias normales. La situación actual ha dado a las organizaciones la urgencia de implementarlos rápidamente y el impulso para que los pacientes los prueben de manera positiva y proactiva. Las ventajas como la eficiencia, el acceso rápido a la experiencia de la subespecialidad y la facilidad de tratar a los pacientes en sus propios hogares se pueden utilizar de manera positiva una vez que la pandemia haya desaparecido. han implementado sistemas de tecnología de la información para apoyar el trabajo a domicilio y las consultas telefónicas a un ritmo que habría parecido imposible en circunstancias normales.

Los servicios de atención a la salud mental deben cooperar estrechamente con el resto de los servicios sanitarios hospitalarios y comunitarios, y fomentar la continuidad de la asistencia en los diferentes niveles. Los equipos no deben constituirse a expensas de personal voluntario, sino que deben contar con personal con formación, y en el caso de los que atienden a pacientes COVID ser capaces de mitigar la angustia psicológica de los pacientes(313)

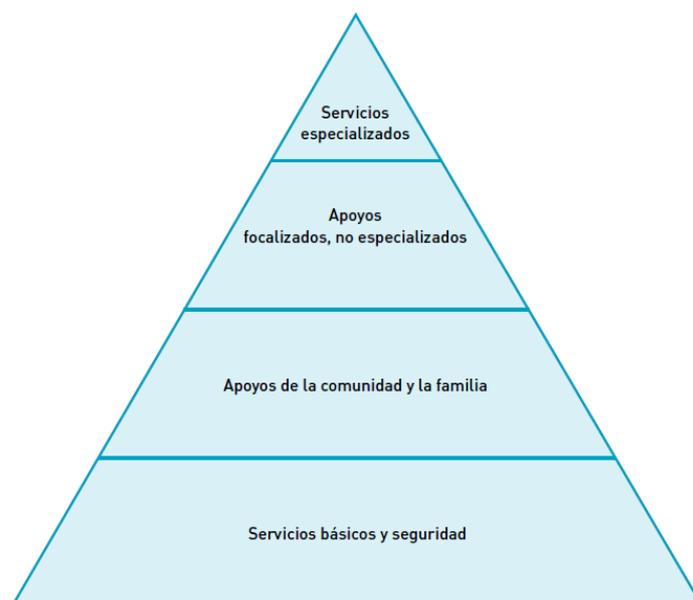


Ilustración 1: Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.

Tabla 1: Acciones aconsejables, así como otras que deberían ser evitadas(314)

Lo que debe hacerse	Lo que no debe hacerse
✓ Establecer un grupo general de coordinación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS)	✓ No deben crearse grupos separados para servicios de salud mental o apoyo psicosocial o grupos que no se comuniquen o no se coordinen recíprocamente.
✓ Apoyar una respuesta integrada, participando en reuniones de coordinación y agregando valor al complementar la labor de los demás.	✓ No trabajar aisladamente o sin considerar de qué manera el propio trabajo armoniza con el de los demás.
✓ Recopilar y analizar información a fin de determinar si se necesita una respuesta y, en caso afirmativo, qué tipo de respuesta.	✓ No duplicar los diagnósticos de situación, pero tampoco aceptar acríticamente los datos preliminares.
✓ Ajustar los instrumentos de diagnóstico de la situación al contexto local.	✓ No utilizar instrumentos de diagnóstico de situación que no hayan sido validados en el contexto local.
✓ Reconocer que las personas resultan afectadas por las emergencias de maneras diferentes. Muchas personas son resistentes y pueden funcionar bien, mientras que otras tal vez resulten gravemente afectadas y pueden necesitar apoyos especializados.	✓ No presumir que todos quienes están en una situación de emergencia han sido traumatizados, ni que las personas aparentemente resistentes no necesiten apoyo.

✓ Formular preguntas en el idioma o los idiomas locales y de manera segura y amigable que respete el carácter confidencial.	✓ No duplicar las evaluaciones de la situación ni formular preguntas muy inquietantes, sin ofrecer apoyo ulterior.
✓ Prestar atención a las diferencias por motivos de género.	✓ No presumir que las experiencias afectan a hombres y mujeres (o a niños y niñas) exactamente de la misma manera, ni que los programas formulados en beneficio de los hombres serán igualmente beneficiosos o accesibles para las mujeres.
✓ Cerciorarse de las referencias al contratar personal y voluntarios y fomentar la capacidad del nuevo personal recurriendo a los residentes locales y/o la comunidad afectada.	✓ No emplear prácticas de contratación que debiliten gravemente las estructuras locales existentes.
✓ Después de impartir capacitación sobre servicios de salud mental y apoyo psicosocial, es preciso proporcionar supervisión y seguimiento ulteriores para velar por que las intervenciones se realicen correctamente.	✓ No impartir cursos de capacitación aislados o por única vez, o cursos muy breves, sin un seguimiento, cuando se trata de preparar a las personas para que realicen complejas intervenciones de índole psicológica.
✓ Facilitar la formulación de programas que sean apropiados y administrados por la comunidad y dirigidos por ésta.	✓ No emplear un modelo caritativo que considere que los miembros de la comunidad son principalmente receptores de servicios.
✓ Fomentar las capacidades locales, apoyando la autoorganización y fortaleciendo los recursos ya presentes en los grupos afectados.	✓ No organizar apoyos que menoscaben o hagan caso omiso de las responsabilidades y capacidades locales.
✓ Conocer las prácticas culturales locales y, según proceda, utilizarlas en apoyo de los residentes locales.	✓ No presumir que todas las prácticas culturales locales son útiles ni que todos los residentes locales apoyan determinadas prácticas.
✓ Emplear métodos ajenos a la cultura cuando esto sea apropiado.	✓ No presumir que los métodos aportados del exterior son necesariamente mejores, ni imponerlos a los residentes locales de maneras que marginen las prácticas y las creencias locales sobre las formas correctas de apoyo.
✓ Fomentar las capacidades gubernamentales e integrar la atención de la salud mental para sobrevivientes de emergencias en los servicios de salud para la población en general, así como, si éstos existen, en los servicios de salud mental comunitaria	✓ No crear servicios paralelos de salud mental para determinados subgrupos de población.
✓ Organizar el acceso a diversos servicios de apoyo, incluyendo los primeros auxilios psicológicos, en beneficio de personas en estado de angustia después de haber estado expuestas a acontecimientos extremos.	✓ No proporcionar sesiones únicas y aisladas de apoyo psicológico a miembros de la población en general con carácter de intervención inmediata después de que la gente haya estado expuesta a conflictos o desastres naturales.
✓ Capacitar y supervisar a agentes de atención primaria de salud y de atención a la salud en general recomendando buenas prácticas de prescripción de medicamentos y de apoyo psicológico básico.	✓ No proporcionar medicamentos psicotrópicos ni apoyo psicológico cuando no se cuenta con capacitación y supervisión.
✓ Utilizar medicamentos genéricos que figuran en la lista de medicamentos esenciales del país.	✓ No introducir nuevos medicamentos de marca cuando no se estén utilizando con anterioridad.

✓ Establecer sistemas eficaces de remisión a servicios de mayor complejidad y de apoyo a personas gravemente afectadas.	✓ No establecer sistemas de detección de personas que padecen trastornos mentales si no se cuenta con servicios apropiados y accesibles para las personas que se individualizan.
✓ Elaborar soluciones para la atención que sean apropiadas localmente, en beneficio de personas que corren el riesgo de ser recluidas en instituciones.	✓ No recluir a las personas en instituciones (salvo cuando una institución sea transitoriamente un último recurso incuestionable para proporcionar atención y protección básicas).
✓ Colaborar con los funcionarios de comunicación de los distintos organismos a fin de promover una comunicación bidireccional con la población afectada, así como con el mundo exterior.	✓ No utilizar a los funcionarios de comunicación de los organismos únicamente para comunicarse con el mundo exterior.
✓ Utilizar los medios de comunicación de masas para proporcionar información fidedigna que reduzca el estrés y posibilite que las personas tengan acceso a servicios de asistencia humanitaria.	✓ No crear ni mostrar en los medios de difusión imágenes sensacionalistas del padecimiento de la gente, o que conlleven crear nuevos riesgos para las personas.
✓ Procurar integrar las consideraciones psicosociales en todos los sectores de la asistencia humanitaria.	✓ No centrarse exclusivamente en actividades clínicas, si no se ha desarrollado una respuesta multisectorial.

(1)	<p>Las medidas de salud mental deben considerarse componentes esenciales de la respuesta nacional a COVID-19.</p> <p>Se deben incluir consideraciones de salud mental y psicosociales en los planes nacionales de respuesta en todos los sectores pertinentes, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyando los entornos de aprendizaje y crianza de los/as niños/as y jóvenes confinados en el hogar. • Respondiendo de manera proactiva para reducir las adversidades relacionadas con la pandemia que se sabe que perjudican la salud mental, por ejemplo, la violencia doméstica y el empobrecimiento agudo. • Elaborando todas las comunicaciones de manera que se tenga en cuenta su posible impacto en la salud mental de las personas, por ejemplo, comunicando empatía por la angustia de las personas e incluyendo consejos para su bienestar emocional. <p>GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD GENERALIZADA DE SALUD MENTAL DE EMERGENCIA Y APOYO PSICOSOCIAL</p> <p>La salud mental y el apoyo psicosocial deben estar disponible en cualquier emergencia. Lograr este objetivo durante la pandemia de COVID-19 significa: apoyar las acciones de la comunidad que fortalecen la cohesión social y reducir la soledad, por ejemplo, apoyando actividades que ayudan a los adultos mayores aislados ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • invertir en intervenciones de salud mental que pueden ser entregados a distancia, por ejemplo, tele-asesoramiento de calidad asegurada para la primera línea los trabajadores de la salud y las personas en casa con depresión y ansiedad; • asegurando una atención ininterrumpida en persona para condiciones severas de salud mental por parte de los definiendo dichos cuidados como servicios esenciales que deben ser continuaron durante toda la pandemia; <p>y</p>
-----	---

	<ul style="list-style-type: none"> • proteger y promover los derechos humanos de las personas con problemas graves de salud mental y discapacidades psicosociales, por ejemplo, por vigilar si tienen acceso igualitario a cuidar de COVID-19. <p>APOYAR LA RECUPERACIÓN DEL COVID-19 POR CONSTRUYENDO SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA EL FUTURO</p> <p>Todas las comunidades afectadas necesitarán servicios de salud mental de calidad para apoyar la recuperación de la sociedad de COVID-19, y esto requiere una inversión en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utilizando el actual impulso de interés en la salud mental para catalizar la salud mental reformas, por ejemplo, desarrollando y financiando la aplicación de reformas nacionales estrategias de reorganización de los servicios que trasladar la atención de las instituciones a los servicios comunitarios; • asegurándose de que la salud mental es parte de cobertura sanitaria universal, por ejemplo, incluyendo el cuidado de las enfermedades mentales, neurológicas y trastornos por uso de sustancias en la atención de la salud paquetes de beneficios y planes de seguro; • el fomento de la capacidad de los recursos humanos para la prestación de servicios la salud mental y la atención social, por ejemplo, entre los trabajadores comunitarios para que puedan proporcionar apoyo; y • organizando servicios de base comunitaria que proteger y promover los derechos humanos de las personas, por ejemplo, involucrando a las personas con experiencia en el diseño, la aplicación y la vigilancia de los servicios. <p>La rápida aplicación de estas recomendaciones las acciones serán esenciales para asegurar que las personas y las sociedades están mejor protegidas del impacto en la salud mental de COVID-19.</p>
--	--

Aunque consideramos que es necesaria la colaboración conjunta de la sociedad, colegios profesionales y demás realidades organizadas para dar una respuesta a la sociedad, consideramos que esta debe darse de forma organizada y en coordinación con la red pública de salud mental.

1. Medidas organizativas de base comunitaria

- La atención primaria podría proporcionar una continuidad única de la atención basada en la relación a los pacientes con efectos psicológicos del aislamiento social durante la actual pandemia de COVID-19(199). Las consultas telefónicas o por video en línea son seguras y efectivas para brindar apoyo a la salud mental en la atención primaria, incluido el asesoramiento, la orientación y la amistad. Las consultas por video pueden proporcionar información visual adicional y presencia terapéutica y son particularmente útiles para pacientes ansiosos(199). Se recomiendan actuaciones apropiadas a los mayores con menos acceso a las intervenciones online (214). Se plantea la necesidad de realizar seguimiento hasta 6 meses después del aislamiento para aquellos con vulnerabilidad previa (69)
- La prescripción social puede mejorar el bienestar social y psicológico de los pacientes al extraer recursos de la comunidad como las artes (por ejemplo, cantar en un coro virtual, bailar o clases de dibujo en línea). Puede ser entregado por personal capacitado en atención primaria (199). Organizaciones profesionales como la Sociedad Estadounidense de Psicofarmacología Clínica han convertido las reuniones de educación médica continua a formatos en línea, con la esperanza de que otros grupos sigan estos modelos. Los psiquiatras enseñan a los pacientes que el autocuidado es una piedra angular y un requisito previo para cuidar a los demás

(315). Por el contrario, las intervenciones psicológicas centradas en las experiencias traumáticas no suelen ser útiles y podrían interferir con el proceso de recuperación natural (316).

2. Detección precoz de personas con riesgo de estrés postraumático

Estas herramientas pueden integrarse fácilmente en la respuesta estándar de salud pública a una pandemia: Las herramientas de detección disponibles tienen entre 4 y 19 preguntas, tardan un promedio de 30 a 40 segundos en completarse, pueden ser administradas por una gama de profesionales y paraprofesionales, y son gratuitas y están disponibles públicamente (véase www.nctsn.org). Además, la utilización de un instrumento de detección del estrés traumático permite comparar los perfiles de los síntomas en diferentes momentos para la misma persona y entre personas y grupos sobre la base de las normas nacionales establecidas. La integración de este instrumento de detección de trauma en los entornos de atención de la salud pediátrica puede lograrse con poco impacto. De hecho, las pruebas piloto de un instrumento de detección de trauma en adultos y otro en niño/as durante un período de gran afluencia en un departamento de salud rural revelaron que se administraban fácilmente (en promedio, en menos de un minuto), se integraban fácilmente en los protocolos de admisión y eran bien recibidos por los sujetos, sin que éstos se negaran a participar.(4)

3. Terapia on line y mediada por app

Durante la epidemia del síndrome respiratorio agudo severo en 2003, los servicios de internet y los teléfonos inteligentes no estaban ampliamente disponibles. Por lo tanto, se proporcionaron pocos servicios de salud mental en línea. La popularización de los servicios de Internet y los teléfonos inteligentes, y la aparición de redes móviles de quinta generación (5G), han permitido a los profesionales de la salud mental y a las autoridades de salud proporcionar servicios de salud mental en línea durante el brote de COVID-19. En primer lugar, a partir del 8 de febrero de 2020, se podrían buscar 72 encuestas de salud mental en línea asociadas con el brote de COVID-19 a través del programa de encuestas basado en WeChat Questionnaire Star. En segundo lugar, la educación en salud mental en línea con programas de comunicación, como WeChat, Weibo y TikTok, se ha utilizado ampliamente durante el brote para el personal sanitario y para la ciudadanía. Además, varios libros sobre prevención, control y educación en salud mental de COVID-19 se han publicado rápidamente y se han proporcionado copias electrónicas gratuitas para el público. Finalmente, los servicios de asesoramiento psicológico en línea (p. Ej., Recursos basados en WeChat) han sido ampliamente establecidos por profesionales de la salud mental en instituciones médicas, universidades y sociedades académicas de todo el mundo. Incluso con el uso de inteligencia artificial para detectar en redes sociales a personas en riesgo de suicidio. En general, los servicios de salud mental en línea que se utilizan para la epidemia de COVID-19 están facilitando el desarrollo de intervenciones de emergencia pública en China y, con el tiempo, podrían mejorar la calidad y la eficacia de las intervenciones de emergencia. (168)

Los datos con respecto a la efectividad de **la terapia a través de APP de salud** son limitados. De demostrar su eficacia, puede ser un medio que disminuya las barreras de acceso a los servicios sanitarios. (51)

Coincidiendo con la declaración de emergencia sanitaria por COVID 19, la mayor parte de los proveedores de servicios sanitarios han permitido temporalmente una relajación de los criterios que determinaban cómo realizar la provisión de este servicio. En un intento de disminuir las barreras de acceso se ha generalizado el **uso de plataformas de videoconferencia** de uso libre. Están pendientes de resolución aspectos como el de la comunicación y coordinación con los responsables en el ámbito educativo, de cara a contrastar información relativa a la salud y adaptación académica y social del paciente. (51)

A la hora de planificar la realización de una prestación sanitaria en salud mental mediada por videollamada, es necesario que la persona cuente con un espacio privado en el que pueda expresarse sin ser escuchado u observado por familiares u otros, lo que puede ser especialmente complejo en familias pobres o con residencias pequeñas. (51).

La implantación de la telemedicina no debe obviar a aquellos colectivos que se encuentren en brecha digital, por lo que debe complementarse con medidas que garanticen la asistencia a éstos. (51)

La respuesta digital es crucial no sólo debido a las medidas de aislamiento social, sino también porque menos de un tercio de las personas que mueren por suicidio han estado en contacto con los servicios de salud mental en los 12 meses anteriores a la muerte⁴⁰. Las intervenciones digitales para la ansiedad, la depresión, las autolesiones y el suicidio incluyen el suministro de información, la conectividad y el triaje, las intervenciones terapéuticas automatizadas y combinadas (como aplicaciones y programas en línea), las llamadas telefónicas y los mensajes para llegar a las personas con menos recursos digitales (pobreza digital) (40).

En algunos estudios los programas de telesalud mental se han mostrado igualmente efectivos que los servicios presenciales. No todas las personas tienen la tecnología necesaria para implementar esto como una solución inmediata e integral, pero cuando sea posible su aplicación, puede ser de utilidad en el corto plazo. Sin embargo, se debe prestar mucha atención para no exacerbar las desigualdades en el acceso a la atención (42). Y aunque se ha sido flexible con los aspectos de la privacidad es preciso valorar los riesgos en la gestión de la información. (42)

4. Innovación organizativa

La situación actual ha dado a las organizaciones la urgencia de implementarlos rápidamente y el impulso para que los pacientes los prueben de manera positiva y proactiva. Las ventajas como la eficiencia, el acceso rápido a la experiencia de la subespecialidad y la facilidad de tratar a los pacientes en sus propios hogares se pueden utilizar de manera positiva una vez que la pandemia haya desaparecido. Han implementado sistemas de tecnología de la información para apoyar el trabajo a domicilio y las consultas telefónicas a un ritmo que habría parecido imposible en circunstancias normales.

Este cambio también se aplica a la investigación clínica en la que tenemos la oportunidad de pensar de manera creativa y flexible sobre las formas más eficientes y apropiadas de trabajo, adoptando la tecnología para usar, por ejemplo, el consentimiento electrónico y la videoconferencia más ampliamente. Para volver a evaluar de manera efectiva nuestras nuevas formas de trabajo, tanto en el manejo inmediato de los problemas durante la pandemia como también a largo plazo, necesitamos una implementación rápida de técnicas de medicina basadas en evidencia en salud mental para proporcionar la mejor evidencia a clínicos en preguntas específicas en tiempo real. De la adversidad puede surgir un nuevo crecimiento, y en medio de todos los desafíos, no debemos perder de vista los nuevos avances que podemos hacer. (317)

Nuestra prioridad ahora es apoyar a nuestros pacientes, sistemas y colegas mientras afrontamos la tormenta actual. Los cambios regulatorios y de sistema provocados por la crisis de COVID-19 presentan la oportunidad para que el campo reúna las lecciones aprendidas para dar forma estratégica al mundo posterior a COVID-19 de psiquiatría y telepsiquiatría. Este trabajo podría marcar el comienzo de una era dorada para la tecnología en psiquiatría en la que podamos armonizar los beneficios de la telepsiquiatría y la atención virtual mientras mantenemos el núcleo de nuestro tratamiento: el de la conectividad humana.(318)

2ª BLOQUE: ENCUESTA A PROFESIONALES Y RECOGIDA DE EXPERIENCIAS ASISTENCIALES y/o de GESTIÓN. NUEVAS APORTACIONES Y REFLEXIONES CLAVES

RESUMEN DESCRIPTIVO RESULTADOS DE ENCUESTA A PROFESIONALES DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

*Alma Martínez de Salazar Arboleas, F.E.A Psicología Clínica Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, H.U. Torrecárdenas, Almería,
Concha López-Soler. Psicóloga Clínica. Profª. Titular Vinculada Clínica. Hospital Clínico Universitario V. de la Arrixaca. Universidad de Murcia. AEPCP sección Infancia y Adolescencia*

1. Introducción

La situación vivida estos meses atrás a raíz de la aparición de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento al que hemos estado sujetos todos los ciudadanos, ha conllevado el cese repentino de ciertas actividades asistenciales, que se realizan con asiduidad de manera presencial, en los diferentes centros sanitarios. Miles de niños, niñas adolescentes y sus familiares que se encuentran en tratamiento psicológico o psiquiátrico en diferentes dispositivos de la red pública de salud mental del SNS y en consultas privadas, vieron interrumpidas sus sesiones de tratamiento de un día para otro, sin saber cómo y cuándo sería el momento de la “vuelta a la normalidad”.

Esta situación también supuso un impacto para la mayoría de los profesionales que prestan atención a estos menores y sus familias ya que, tanto en los diferentes centros de salud mental del SNS como en la mayor parte de las consultas privadas, este tipo de atención se presta de manera presencial, no solo por una tradición organizativa de la actividad sanitaria de nuestras organizaciones, sino porque uno de los pilares básicos de las intervenciones con personas que presentan problemas de salud mental, es la creación de una adecuada relación terapéutica para favorecer la comunicación.

Desde hace varios años, se viene investigando sobre modalidades de atención psicológica “on line” o virtual y se han publicado ya programas de tratamiento completos para algunas patologías (ansiedad, trastornos alimentario) a través de las nuevas tecnologías (319,320). Sin embargo, su generalización entre los profesionales ha sido, hasta ahora, escasa y mucho más vinculada a la asistencia prestada de manera privada y no en los centros sanitarios públicos. ¿Traerá el COVID-19 un cambio de tendencia en este ámbito?

Con la situación de confinamiento decretada el 14 de marzo y los primeros indicadores de que se iba a alargar en el tiempo, el llamado “tele-trabajo” se impuso también en los dispositivos de salud mental de la mayor parte del SNS, sin que diera tiempo a una planificación y dotación de herramientas adecuadas, pero con la firme determinación de los profesionales de garantizar la continuidad de la atención que los menores y sus familias necesitaban.

Tras tres meses de confinamiento es necesario revisar y analizar esta nueva situación en la que profesionales y familias nos hemos encontrado con el fin de identificar aspectos útiles que podrían mejorar la atención prestada. Para ello, hemos elaborado una encuesta específica dirigida a los profesionales de las asociaciones que formamos parte de esta Plataforma de Salud Mental de Infancia y Adolescencia con le fin de recabar información. Además, también nos ha parecido necesario conocer la opinión de las familias a través de la información que nos han proporcionado algunas Asociaciones de usuarios y familiares a las que hemos planteado algunas preguntas.

2. Resultados de la Encuesta para Profesionales:

La Encuesta diseñada para esta recogida de información consta de 30 preguntas (VER ANEXO), algunas de tipo test de elección única o múltiple y otras de respuesta abierta, sobre La encuesta consta de 30 preguntas, algunas de respuesta abierta, sobre aspectos relacionados con la asistencia prestada a menores de edad con problemas de salud mental durante el periodo de confinamiento por COVID-19.

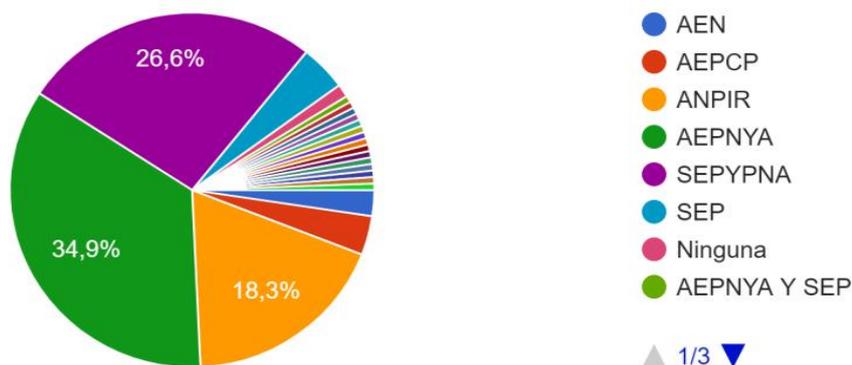
Dicha encuesta se ha elaborado usando la plataforma Google Drive, por su facilidad de difusión a través de un enlace para ser completada de manera telemática. Se envió un correo electrónico con el enlace a la encuesta el 15 de mayo, así como un recordatorio el 25 de Mayo, a todos los profesionales registrados como socios de las asociaciones científico-profesionales que conforman esta Plataforma (AEPCP, AEN, AEPNYA, ANPIR, SEYPNA) que ha estado disponible para su respuesta hasta el día 3 de Junio.

En las 3 preguntas iniciales son preguntas sociodemográficas de los sujetos que realizan la encuesta, en la que han participado un total de 169 profesionales psiquiatras y psicólogos clínicos (134 mujeres que suponen el 79% y 35 hombres con un 21%) de entre 26 y 70 años de edad (media de 45 años) de diferentes provincias españolas:

- Madrid: 41 respuestas
- Barcelona: 32 respuestas
- Vizcaya: 13 respuestas
- Valencia: 9 respuestas
- Murcia: 7 respuestas
- Valladolid: 5 respuestas
- Resto con 1- 2- 3 respuestas (Albacete, Almería, Álava, Alicante, Asturias, Baleares, Cantabria, Cáceres, Cádiz, Córdoba, Cuenca, Ciudad Real, Castellón, Guipúzcoa, Granada, Gerona, Lérida, La Coruña, Las Palmas, Málaga, Navarra, Palencia, Tarragona, San Sebastián, Sevilla, Zamora, Zaragoza, dos del extranjero)

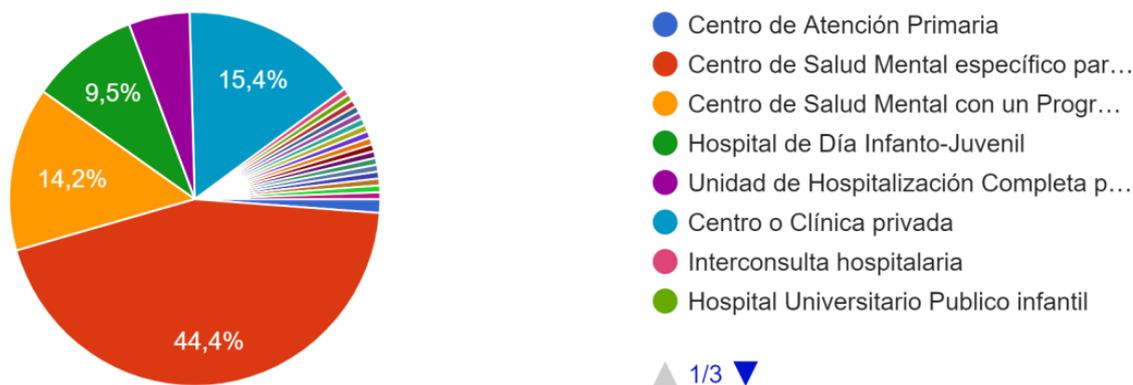
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada una de las preguntas de la encuesta mediante diferentes gráficos y tablas:

4.- Asociación Científico-Profesional a la que pertenece



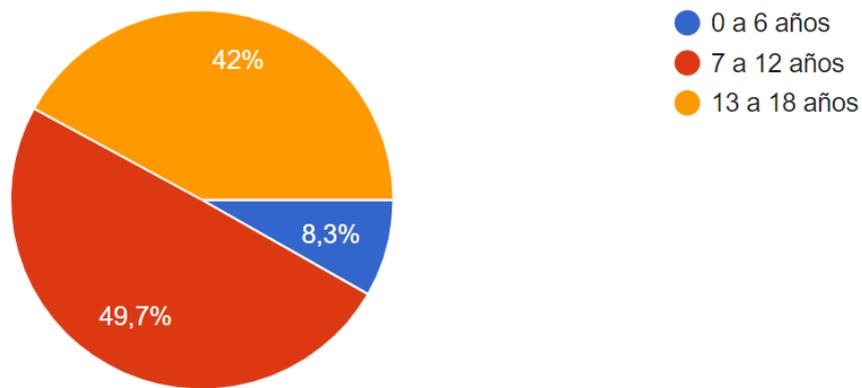
AEPNYA: 59	SEYPNA: 45	ANPIR: 31	SEP: 7
AEPCP: 6	AEN: 4	NINGUNA: 2	Otras/en varias: 11

5.- Señale el dispositivo en el que desarrolla su trabajo principal

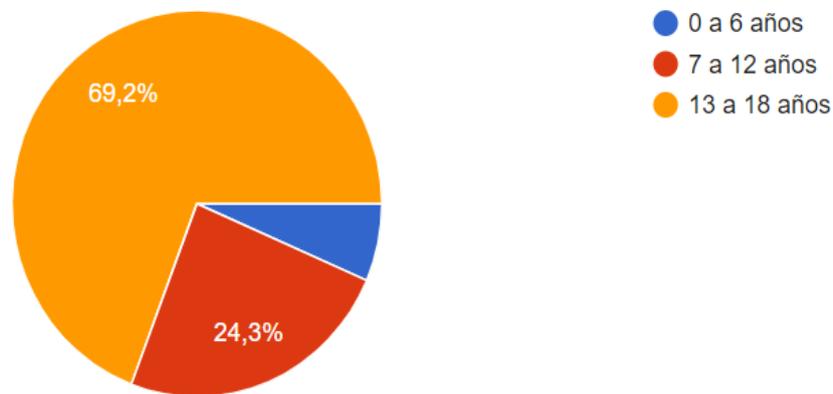


- Centros específicos de Infancia y adolescencia: 77 profesionales
- Consultas privadas: 28 profesionales
- Centros de Salud Mental con un Programa específico de infancia y Adolescencia: 24 profesionales
- H.D. Infanto-Juvenil: 16 profesionales
- Unidades Hospitalización completa Infanto-Juvenil: 9 profesionales
- Interconsulta o Consultas de psiquiatría en Hospital Infantil: 5 profesionales
- Otros: 10 profesionales

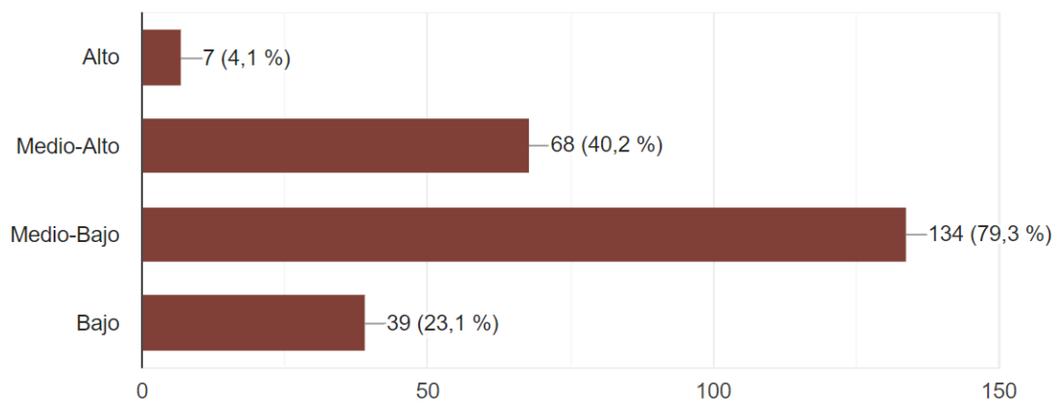
6.- Tipo de población que atiende de manera predominante por grupo etario



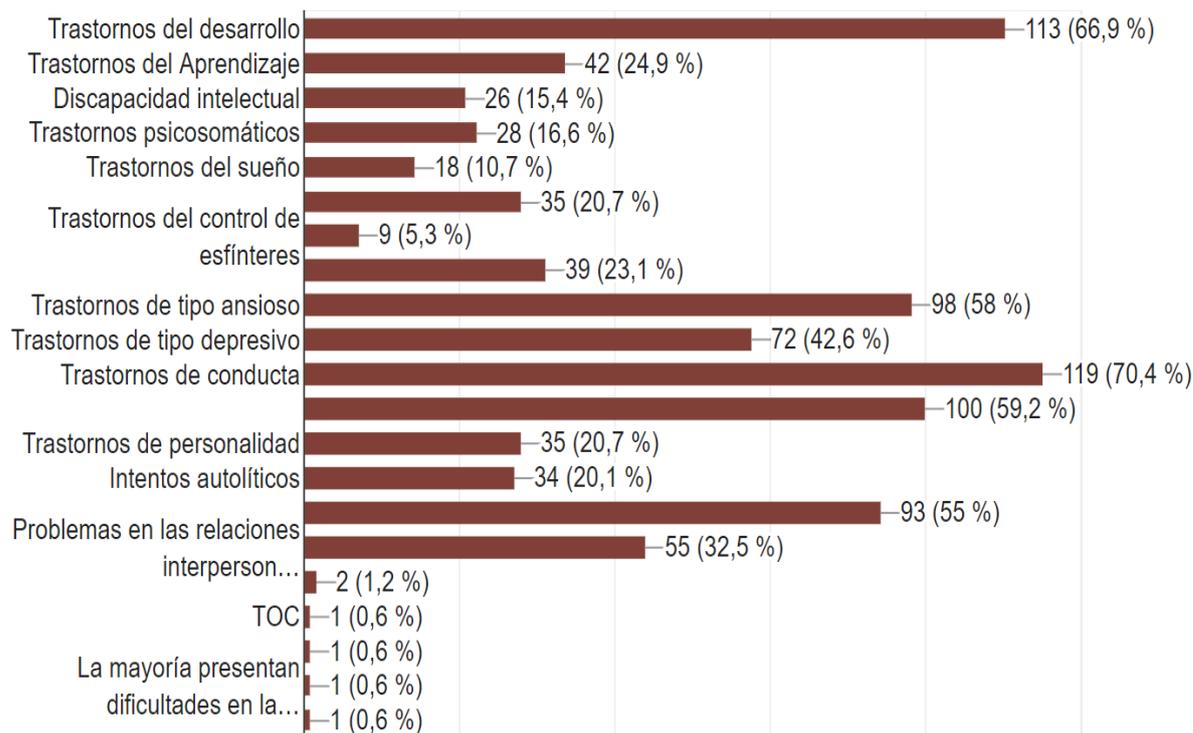
21.- ¿Qué grupo de edad de los que ha atendido ha presentado mayores problemas?



7.- Nivel socio-económico mayoritario de la población atendida (elección múltiple)



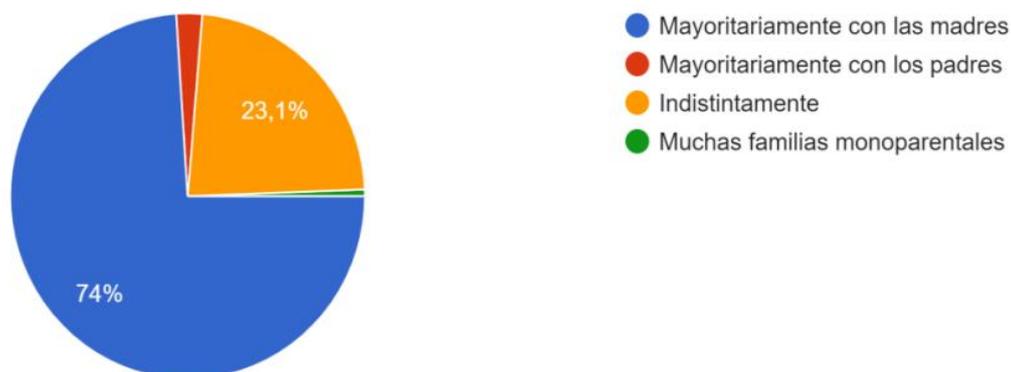
8.- Señale los 5 tipos de patologías mayormente atendidas (elección múltiple)



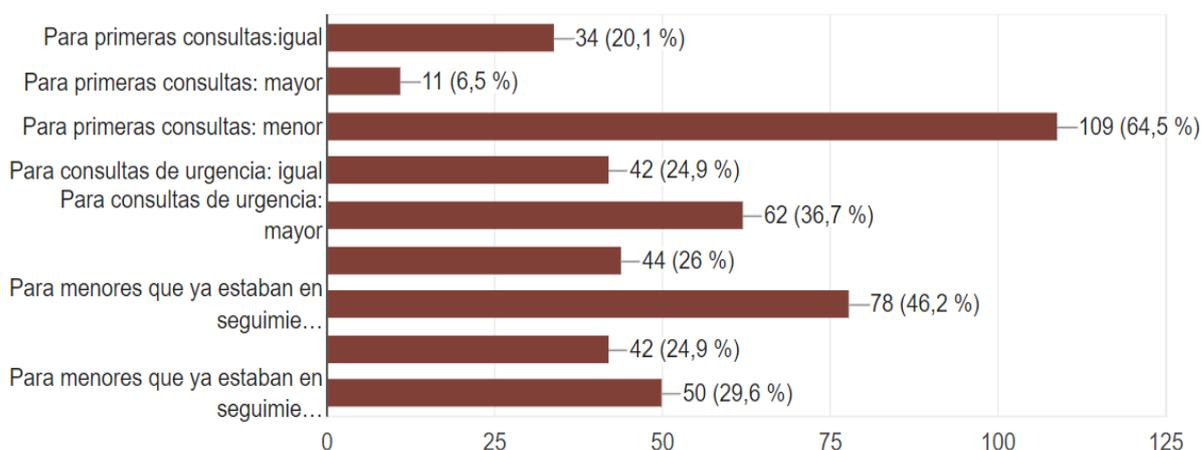
9- Señale los 5 cambios más significativos que se han podido producir en su lugar de trabajo más habitual a raíz de la COVID-19 (elección múltiple)

- Cambio de consultas presenciales por telefónicas: 92,3%
- Supresión de primeras consultas: 31,4%
- Cierre de Unidades/Centros/plazas de Hospital de Día/ Camas de hospitalización completa: 24,9%
- Trabajo desde casa: 62,7%
- Supresión de las coordinaciones presenciales con otros profesionales: 53,8%
- Supresión de las intervenciones grupales con los padres: 23,2%
- Supresión de las intervenciones grupales con los menores: 47,3%
- Supresión de las psicoterapias: 21,9%
- Supresión de las evaluaciones psicométricas: 37,3%

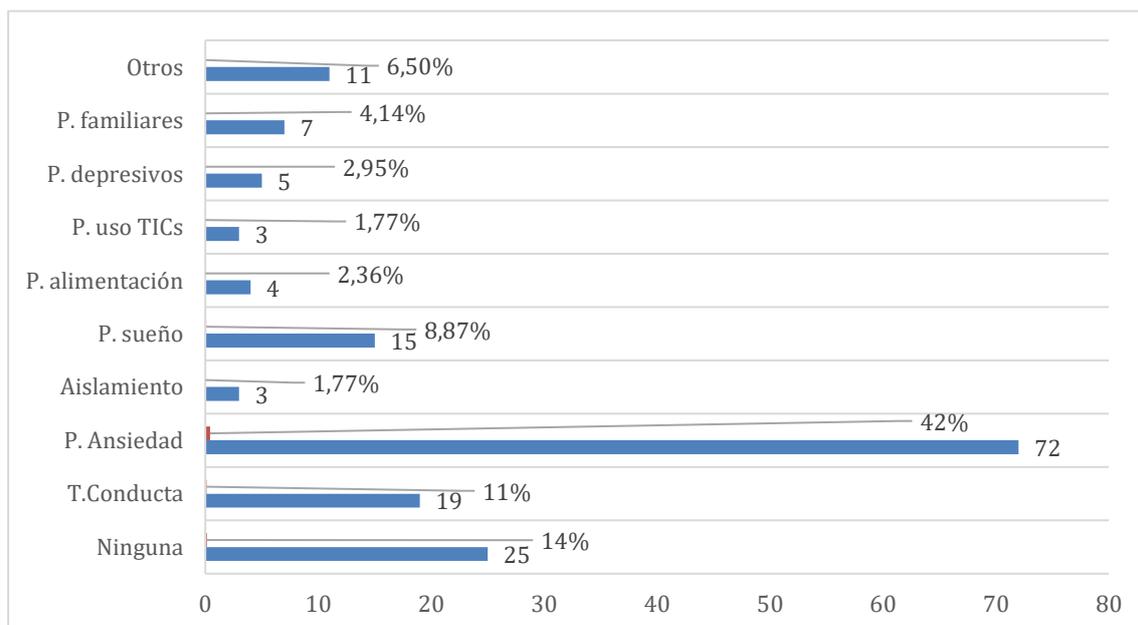
13.- El contacto mantenido (virtual o presencial) con la familia de los menores ha sido



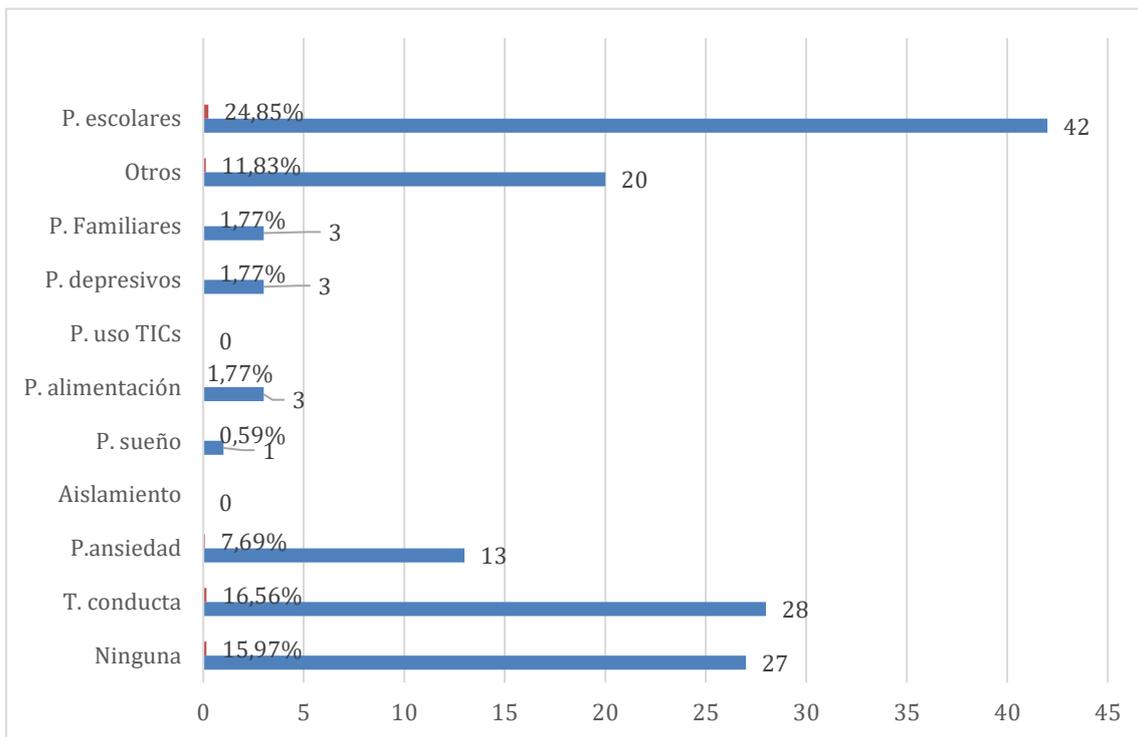
14.- Señale si considera que, durante este periodo de pandemia y confinamiento, la necesidad de atender a la salud mental infanto-juvenil está siendo (elección múltiple)



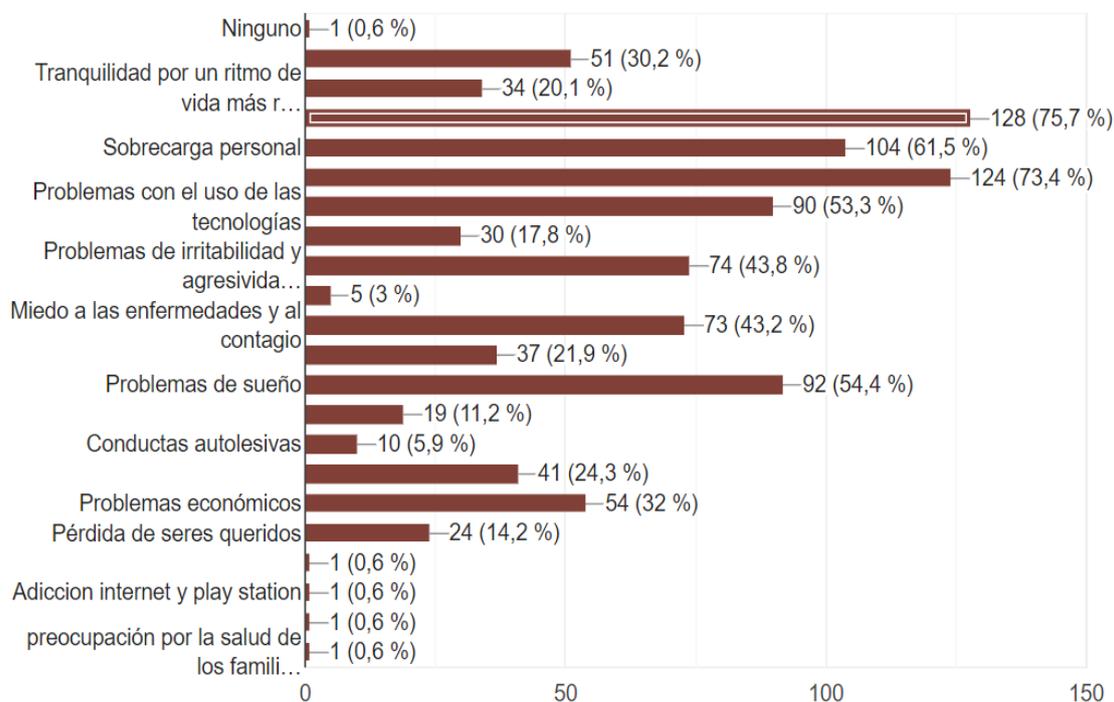
15.- ¿Qué patologías está detectando con más frecuencia ahora que antes de la crisis?



16.- ¿Qué patologías está detectando con menos frecuencia ahora que antes de la crisis?

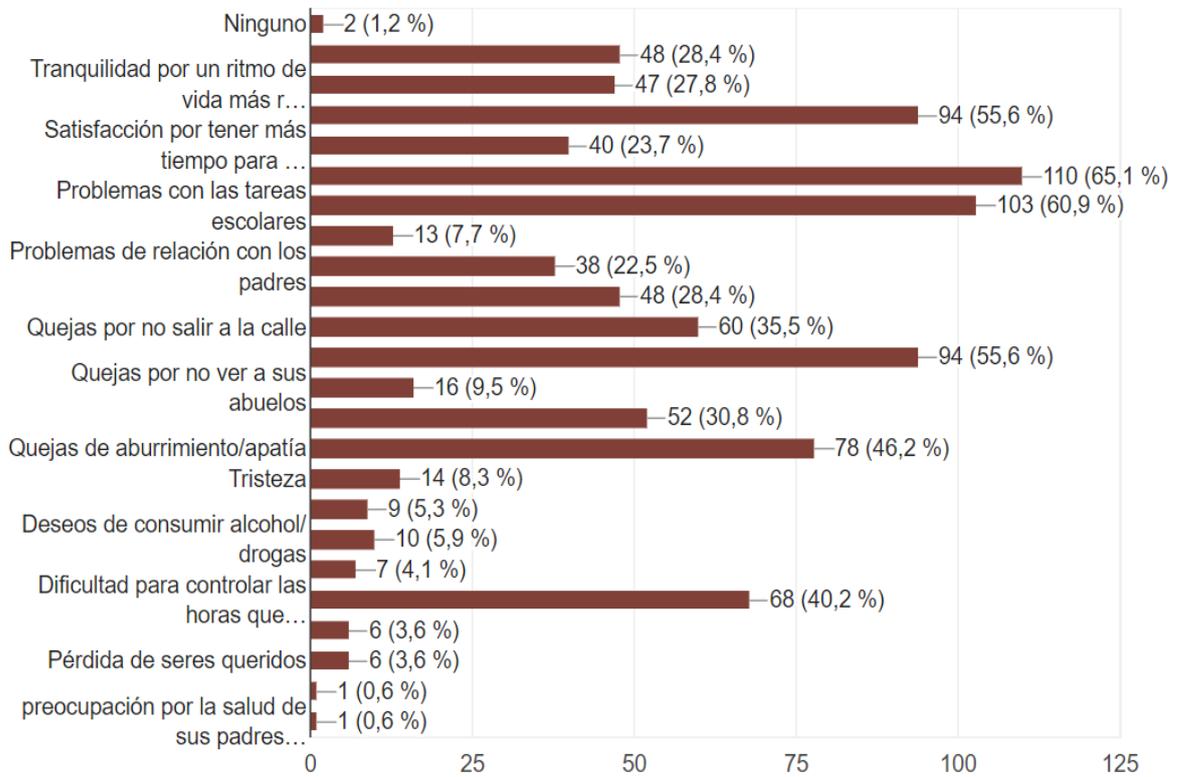


17.- Señale los 5 aspectos que mayoritariamente han sido referidos por las familias durante este periodo de confinamiento (elección múltiple)



El mayor porcentaje (75,7%) de los padres refieren "sorpresa por el comportamiento adeudado de sus hijos".

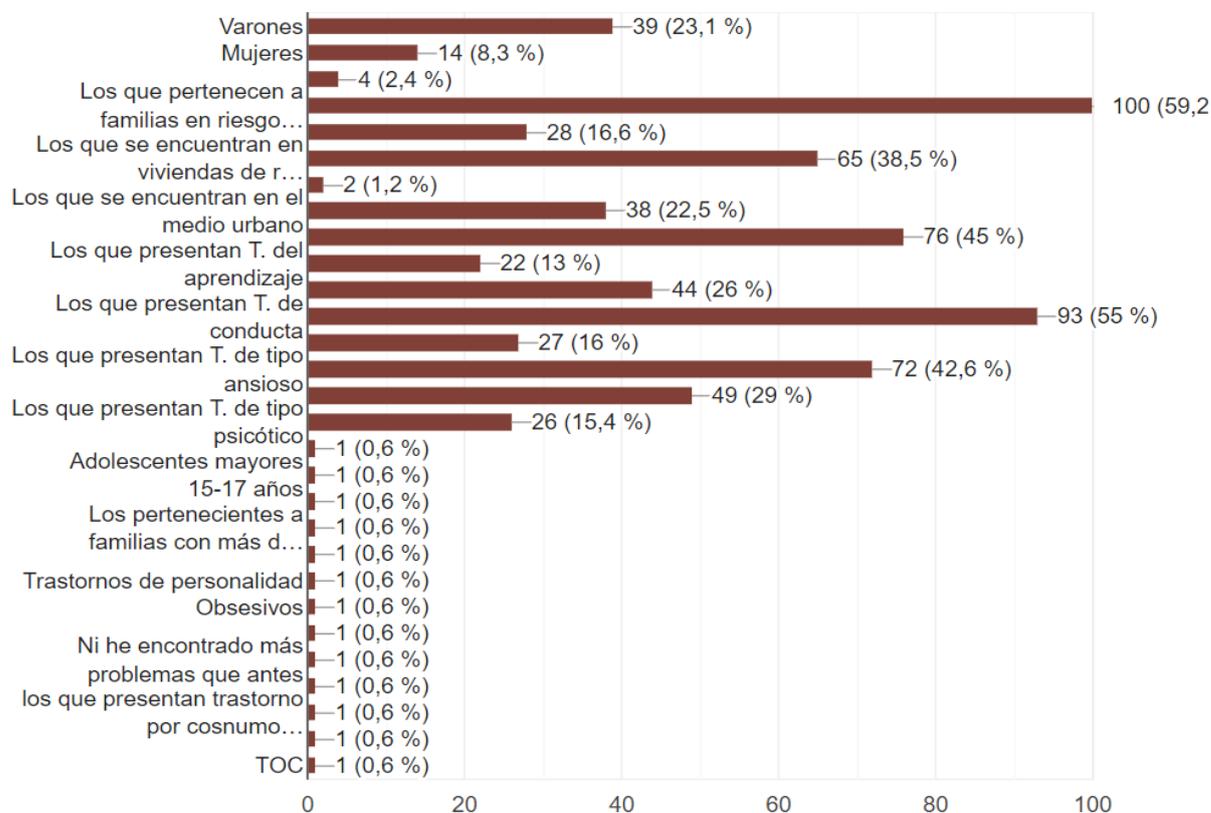
18.- Señale los 5 aspectos que mayoritariamente han sido referidos por los menores a los que ha atendido durante estos meses de confinamiento (elección múltiple)



19.- Respecto a los problemas referidos por los menores o las familias, señale lo que corresponda



20.- Señale los 5 grupos de menores que ha detectado con más problemas durante el confinamiento (elección múltiple)



22-23- ¿Qué aspectos de la situación de "tele-trabajo" de los padres puede haber influido de manera NEGATIVA/POSITIVA en los menores?

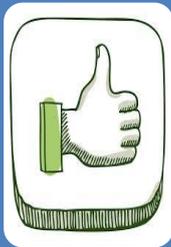
Influencia negativa teletrabajo padres
•Espacio: 3,55%
•Tiempo: 23,66%
•Convivencia: 11,24%
•Conciliación:7,10%
•Sobrecarga: 31,36%
•Ninguno: 5,32%
•Otros: 5,91
•NS/NC: 7,69%

Influencia positiva teletrabajo padres
•Presencia y disponibilidad padres: 77,51%
•Actividades juntos: 2,95%
•Relajación horarios/normas: 2,36%
•Mayor atención padres: 5,32%
•Otros: 6,50%
•NS/NC: 2,95%

24- ¿Qué formas de "tele-trabajo" cree que pueden o deben ser utilizadas por los profesionales de salud mental infanto-juvenil?

- Videollamadas (46,74%)
- Teléfono (21,89%)
- Correo electrónico (2,36%)
- Otras (7,10%)
- Ninguna (4,73%)
- Todas (13,60%)

25-26- Enumere las VENTAJAS/DIFICULTADES que, según su criterio, ofrece la modalidad de "teletrabajo" y el uso de las nuevas tecnologías en la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia



- Conciliación familiar
- Acercamiento herramientas adolescentes
- Mejora gestión del tiempo
- Accesibilidad geográfica y de ciertas personas
- Otras
- Ninguna



- Pérdida aspectos no verbales de la comunicación
- Imposibilidad intervenciones grupales
- Dificultades para la confidencialidad
- Dificultad o ausencia de contacto con los menores
- Ausencia de límites horarios
- Sobrecarga del profesional
- Desconocimiento de algunas plataformas virtuales de comunicación
- Dificultades de conexión a internet
- Otras

27- ¿Cómo cree que la modalidad de "tele-trabajo" y el uso de las nuevas tecnologías está afectando a las intervenciones asistenciales para la atención a la salud mental de la infancia?

Eficacia

- Misma: 17,2%
- Menor: 63,9%
- Mayor: 3%

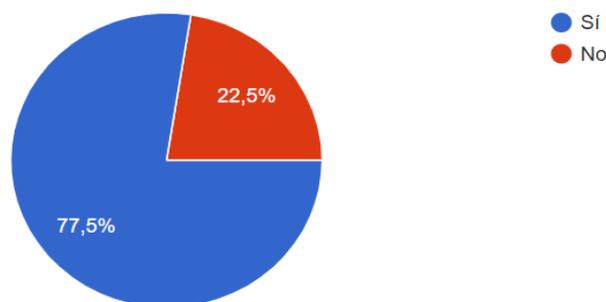
Accesibilidad

- Misma: 7,7%
- Menor: 33,7%
- Mayor: 42%

Percepción de utilidad por parte menor/familia

- Igual: 20,1%
- Menor: 53,3%
- Mayor: 5,3%

29.- ¿Cree que se va a producir un aumento de la demanda de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia a raíz de esta situación de pandemia?



30- Si ha respondido que sí en la pregunta anterior, indique qué tipo de demandas de salud mental infanto-juvenil cree que van a aumentar y requerir atención

Problemas ansiedad: 34,31%
Problemas de conducta: 10,05%
Problemas en el contexto escolar: 6,50%
Problemas adaptación a la normalidad: 5,91%
Problemas con las pantallas o la tecnología: 2,95%
Duelo: 2,36%
Otros: 8,87%
NS/NC: 20,03%

28.- Enumere las actuaciones o programas específicos que su centro/dispositivo/consulta ha puesto en marcha para atender aspectos concretos de la salud mental infanto-juvenil vinculados a la COVID-19 y a la situación de confinamiento (por ejemplo, duelo).

Cuarenta profesionales (24%) han respondido que en sus centros no se han iniciado actuaciones o programas específicos. En aquellos casos en los que se han puesto en marcha acciones concretas, éstas se pueden encuadrar en las siguientes categorías:

- Programas de apoyo a profesionales sanitarios que atienden a pacientes COVID
- Amplia franja horaria de atención por correo electrónico, teléfono o videollamadas a las familias
- Elaboración de material diverso psicoeducativo y de apoyo para diferentes situaciones (estrés laboral, rutinas y límites, organización en general y específico para TDAH, duelo)
- Atención al duelo (individual o grupal)
- Atención especial a pacientes menores de edad con trastornos mentales graves
- Atención a pacientes COVID y familia durante hospitalización
- Atención domiciliaria
- Correo electrónico con pediatras de AP
- Cierre de consultas privadas por no poder garantizar la protección COVID
- Turnos presenciales semanales para la atención de urgencias

EXPERIENCIAS Y DEMANDAS ASISTENCIALES DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA Y EL CONFINAMIENTO POR COVID

Fernando González Serrano. Psiquiatra. Jefe del Servicio de Infancia y Adolescencia. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. SEPYPNA.

Daniel Cruz Martínez. Psicólogo Clínico. Hospital San Juan de Dios de Barcelona. SEPYPNA

1. Introducción

Se ha recogido información de diferentes equipos y unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de varios territorios del estado sobre las reacciones y demandas percibidas tanto por las familias como por los menores y adolescentes, así como sobre las adaptaciones llevadas a cabo por los equipos asistenciales.

2. Informaciones relacionadas con las vivencias de las familias y los pacientes

2.1. Principales reacciones observadas según franjas de edad

0-2 años

Se trata de una franja de edad habitualmente con poca demanda de atención en los centros de Salud Mental, por lo que la información es limitada.

La mayor dificultad referida por los padres ha sido la de compaginar el cuidado de los/as niños/as con el trabajo o el teletrabajo, sobre todo al disminuir los apoyos externos a la familia por las medidas del confinamiento. En algunos niños/as se han descrito regresiones, por ejemplo, en el lenguaje, que parece está volviendo a mejorar al salir a la calle. También refieren mayor nivel de excitación al final del día, que en algunos casos dificulta la conciliación del sueño.

3-6 años

En este periodo la relación con los progenitores tiene un papel fundamental en las manifestaciones emocionales de los menores.

Muchas familias nos han transmitido su tranquilidad por estar juntos con el menor en casa, pudiendo incluso disfrutar de la relación y en algunos casos experimentando avances notables en su desarrollo. Similar a la franja de edad anterior, los padres refieren dificultades para compaginar trabajo y crianza, lo que puede generar estrés. También se han descrito conductas regresivas, como volver a dormir con los padres por miedo a estar solos, episodios de enuresis, pesadillas, irritabilidad, aumento de rabietas y un mayor nivel de excitación al final del día. Por otro lado, en algunos menores hay resistencia o desinterés para salir a la calle y cuando salen dificultad para acercarse a sus amiguitos.

En familias más desorganizadas se reportan más quejas respecto al comportamiento del menor. Quizá antes los padres minimizaban estas conductas al situarlas en el entorno escolar más que en el hogar.

En el caso de niños/as con retraso madurativo, los padres se muestran preocupados por el posible efecto en el desarrollo de este tiempo sin atención presencial y/o trabajo de estimulación.

7-12 años

En estas edades, junto al efecto del confinamiento y de la convivencia familiar, las tareas escolares tienen también cierto protagonismo.

Vivencia del confinamiento:

La disminución de exigencias escolares y el pasar mayor tiempo los padres ha sido vivido en general como una experiencia positiva cuando las condiciones generales eran adecuadas. Ha habido una regulación horaria más flexible.

En los casos en los que se dan dificultades importantes en la dinámica familiar, se han intensificado los síntomas emocionales y conductuales previos. Especialmente preocupantes han sido las situaciones de violencia intrafamiliar.

Algunos casos manifiestan temor a salir de casa por el contagio, miedo al futuro, miedo a que le pase algo a los padres, insomnio de conciliación y alteración de los ritmos circadianos.

Las situaciones más difíciles han surgido por la pérdida de algún familiar, sobre todo abuelos, o por procesos de separación de los padres recientes o coincidiendo con el confinamiento.

Tareas escolares:

En general, la disminución de exigencias horarias y académicas ha sido vivida de forma positiva, tanto por padres como por menores, si bien en algunos casos las exigencias han seguido siendo muy altas, con muchas tareas y exigencias y ha despertado una vivencia de sobrecarga tanto en los padres como en los menores. Los conflictos y discusiones familiares, cuando aparecen suelen estar en relación con las tareas escolares y el manejo de las mismas.

Los/as niños/as que tenían dificultades en el aprendizaje escolar y han podido recibir una atención adecuada de sus padres, han experimentado una mejora.

En familias con mayor precariedad material la conexión telemática a la escuela ha supuesto un problema, haciéndose evidentes las desigualdades y la brecha digital.

La sensación inicial de mayor relajación de las exigencias escolares, con el paso del tiempo ha dado lugar a cierto malestar, las conductas iban empeorando y se mostraban más irascibles, con mayores dificultades para realizar tareas escolares y mayor fricción en las relaciones tanto con padres como con hermanos. El hecho de poder salir un rato a la calle ha sido un factor importante de mejora en prácticamente la gran mayoría.

Entretenimiento y relación con compañeros:

Mantienen la relación con sus compañeros sobre todo con juegos on-line y a través de los móviles. Las videoconferencias con la clase escolar también permiten el contacto. Los que tenían dificultades a nivel relacional continúan comunicándose poco o se han desconectado. La tolerancia, por parte de los progenitores, para el juego online o videojuegos ha sido importante.

Relación con los equipos clínicos:

En general la demanda de atención es de los padres y la atención telefónica con los menores ha sido para reforzar mensajes que se han abordado previamente con los padres.

Los/as niños/as con un buen nivel de simbolización y de introspección han sido capaces de transmitir, también por teléfono sus miedos y preocupaciones. En algunos casos, han relatado sus sueños y descrito sus juegos o dibujos, siguiendo de alguna forma el encuadre previo en sesiones presenciales.

En algunos casos ha sido difícil poder contactar con ellos o tener una comunicación fluida.

13-17 años

Vivencia del confinamiento:

El grupo de adolescentes, desde el comienzo, despuntó como el más heterogéneo en cuanto a la respuesta adaptativa, y empezó a plantear más conflictos. Algunos se han mostrado muy contrariados por la situación de encierro, mientras otros han evitado toda salida por temor al contagio o por evitar hacer frente a exigencias difíciles de socialización. A pesar de ello, los empeoramientos han sido escasos y generalmente asociados a Trastornos Mentales Graves. El cambio de horarios y la tendencia a cerrarse en la habitación, con la conexión on-line, parecen haber sido mayoritarios. Este ha sido también uno de los principales puntos de conflicto con los padres.

La actitud de los padres ha sido importante: los que han sido capaces de entender que se trata de una situación excepcional y, por tanto, se han mostrado más flexibles con ciertas normas, y con mayor permisividad en el uso de las nuevas tecnologías, no refieren dificultades significativas en la convivencia. En otros casos, con niveles de exigencia más estrictos, sobre todo en torno al tema académico, se han generado más tensiones o se han agravado conflictos ya existentes, expresados en alteraciones de conducta.

En el caso de adolescentes tutelados, paradójicamente se ha dado una mejora de las manifestaciones conductuales al estar cerrados y quizá más contenidos. En algunos casos ha sido difícil el uso de las vídeollamadas por la falta de privacidad.

Tareas escolares:

Algunos de los que tenían buen rendimiento escolar se encuentran algo saturados y ansiosos por la elevada exigencia escolar, con la menor presencia de los tutores y profesores. Muchos de los que tenían dificultades importantes a nivel escolar se han ido descolgando, les cuesta organizarse por su cuenta, tienden a pasar horas en internet, irse tarde a dormir y levantarse tarde, desorganizando horarios.

Entretenimiento y relación con compañeros:

Echan de menos la relación con sus amigos, aunque la mantienen on-line. Los que ya tenían dificultades de relación han mantenido (algunos con sufrimiento) el aislamiento, con escasos contactos en juegos on-line. En general, hay una tendencia a hacer horarios más nocturnos, como forma de tener privacidad y mantener conexión con las amistades. Con los permisos para salir, esos horarios van recuperando cierta normalidad. Algunos han precisado de informes para permitir desahogo en las etapas de mayor aislamiento.

Los más inhibidos, con sentimientos de inseguridad y dificultades sociales, se han adaptado con cierta facilidad a la situación de aislamiento, manteniendo poco contacto con iguales.

De forma puntual, algunos adolescentes han compartido vídeos con temática sexual explícita o han mantenido conductas de acoso.

Relación con los equipos clínicos:

Aquellos que demandan han preferido generalmente la video consulta, aunque es preferible planificarla de antemano, ya que si es de improviso la pueden vivir como una invasión de su intimidad.

2.2. Evolución destacable de los diferentes trastornos

En general se ha evidenciado una contención de los problemas por los que los menores habían consultado o eran atendidos. La mayoría de las familias han trasladado la buena capacidad de adaptación de los/as niños/as ante la situación de confinamiento. Al ir acercándose la desescalada, los padres transmiten inquietud en los latentes y adolescentes por su deseo de salir a la calle.

Se hace evidente la importancia del entorno relacional en la salud mental, la calidad de las relaciones tiene mucha incidencia en las mejoras o agravamientos de los cuadros.

Perfiles TEA:

Ha sido uno de los colectivos más presentes en las valoraciones de los equipos. En el acompañamiento a las personas con TEA y sus familias durante el confinamiento se observa una afectación variable, pero las propias particularidades de esta población hacen que su forma de comprender y afrontar la situación tenga algunas características específicas que nos ayudan a pensar en general en sus necesidades. Aunque sus manifestaciones, en efecto, son muy diversas, ya que dependerán del grado de afectación del TEA, de la capacidad cognitiva y del nivel de autonomía.

Los/as niños/as con niveles de gravedad más leves están respondiendo bastante bien, pasado el primer momento de ruptura repentina de sus rutinas, cuando la familia puede estructurar bien las actividades y la exigencia escolar no es excesiva. Esta mejoría parece relacionada con la disminución de los factores sociales estresantes. Preocupa que, en algunos casos, esta mejoría conlleve un distanciamiento emocional que los aisle en su propio mundo y dificulte la vuelta a la normalidad en el periodo de desconfinamiento. Muchos de ellos prefieren no salir por temor al contagio suyo o de sus familiares, con aparición de comportamientos repetitivos y estereotipados, y pensamientos obsesivos, en relación con cuestiones sobre el virus o el lavado de manos.

Diferente ha sido la situación de aquellos casos más graves, donde había una relación excesivamente fusional madre-hijo, así como en los casos con presencia de Trastornos obsesivos y graves problemas de conducta hacia sus padres. Muchos de estos casos precisan escolaridad especial, por lo que la pérdida temporal de la estructura de vida habitual se ha convertido en una amenaza y han aparecido reacciones conductuales aparatosas, con auto y heteroagresividad, y trastornos del sueño, habiendo sido necesario hacer ajustes de medicación. La sobrecarga familiar ha sido considerable en estas situaciones. En algunos de estos casos los informes para autorizar salidas han sido de utilidad. En otros casos la reacción se ha expresado, más que por agitaciones psicomotrices, a través de regresiones masivas con apegos fusionales a objetos o a la figura materna.

El uso abusivo de pantallas, con la sensación de control que aporta, y el aislamiento social son algunos de los efectos del confinamiento más habituales. Paradójicamente, las videoconferencias, como nueva forma de relacionarse, han supuesto en algunos casos una gran angustia y desbordamiento al verse sin recursos ya aprendidos para las situaciones normales y tener que aprender otros nuevos para relacionarse con amigos, abuelos o profesores. Lo mismo ha sucedido con los adolescentes con TEA que tienen dificultades para entender ironías y dobles significados, sintiéndose perdidos e incapaces de seguir los ritmos de la conversación y apareciendo una sintomatología más depresiva con tendencia a aislarse y a rechazar seguir conectándose.

La mayor dificultad que las familias han manifestado durante este periodo ha sido la pérdida del soporte y el respiro, la pérdida de la atención en los Centros Educativos y los Centros Especiales de Trabajo y Centros Ocupacionales o los Centros de Día, así como las intervenciones intensivas por parte de terapeutas especiales. Todo ello ha supuesto una gran carga para las familias, enfrentadas simultáneamente a la vida escolar, terapéutica y educativa en el mismo espacio, el del hogar. Por esta razón ha sido importante ayudarlos a organizar el día a día y recordarles la importancia de cuidar al cuidador y aceptar los propios límites de la tarea. Cabe añadir que el estado de alarma y confinamiento han generado en muchas familias sentimientos persecutorios, críticas de la gente en los balcones, sentimiento de ser malos padres, la necesidad de estar permanentemente al lado de sus hijos y el miedo a separarse o a la crítica del vecindario. El acompañamiento

telemático a los padres en estas situaciones, la validación de sus emociones y permitirles tener espacios de privacidad aparte de las dificultades con sus hijos, ha sido de gran ayuda.

Perfiles conductuales y TDAH:

Los pacientes más conductuales y con TDAH han precisado seguimientos más estrechos, seguramente por el efecto de los agentes estresantes, incluyendo recurrir a la prescripción farmacológica pasadas las primeras semanas. Cuando el acompañamiento familiar ha sido adecuado han experimentado una mejora.

Los adolescentes con intensa impulsividad y dificultades de mentalización han presentado un aumento de la conflictividad, con escaladas actuadoras, fugas de casa, dificultad para conciliar el sueño, desorden horario, abuso de internet, móviles, y en algunos casos consumo de tóxicos, aunque globalmente el confinamiento ha ayudado a la contención del consumo.

Perfiles ansiosos y depresivos:

Los casos con dificultades para enfrentar sus relaciones interpersonales y exigencias escolares, han vivido con alivio la situación de confinamiento. En algunos, la proximidad del desconfinamiento hace reaparecer cierto desbordamiento emocional y somatizaciones. Más problemáticos, pero excepcionales, han sido los casos fóbicos con miedos relativos al contagio. En los casos de ansiedades de separación se ha intensificado esta situación.

Perfiles de dificultades alimentarias:

Pacientes con anorexia, han empeorado en general, ya que se ha asociado el temor a ganar peso por la falta de movilidad durante el confinamiento.

Según situación escolar y socio-familiar:

Las habilidades parentales para la crianza tienen un papel decisivo en el manejo de la vida cotidiana, gestión emocional y supervisión de tareas escolares.

En algunas parejas con custodia compartida los/as niños/as han dejado de tener visitas con uno de los progenitores, lo que supone una alteración más de su rutina habitual.

Algunas familias, ya contactadas por los recursos sociales, han presentado situaciones de mayor estrés en estos momentos, relacionado con preocupaciones económicas o materiales, o bien por tensiones entre sus miembros. Estos casos han sido supervisados a través de contacto telefónico, incluso con visitas domiciliarias en algún caso. También han sido precisas actuaciones en situaciones de violencia doméstica.

2.3. Principales factores de riesgo encontrados

Los principales factores de riesgo detallados tienen relación con la precariedad de recursos materiales o en las funciones parentales.

Limitaciones espaciales de la vivienda, ventilación, muchas personas conviviendo, ausencia de balcones o espacios exteriores.

Tensiones padres-hijos previas graves. Familias con dinámicas muy disruptivas con disputas constantes y sin poder llevar a cabo "vías de escape" como salir a la calle.

Falta de recursos tecnológicos para mantener la escolaridad digital.

Falta de recursos educativos, sin contar con un apoyo escolar que lo compense.

Dificultad para comprender la vida emocional de los menores. Les cuesta entender que niños/as y adolescentes también se ven afectados por la situación de crisis y que las

manifestaciones conductuales pueden ser en parte consecuencia de un malestar emocional, o que les cueste más el aprendizaje sin ir a clase.

Estilos educativos disfuncionales. Desde familias estrictas y autoritarias a otras sobreapegadas con inversión de roles y falta de límites.

Situaciones de riesgo diversas. Familias monomarentales con dificultad para conciliar trabajo y vida familiar. Progenitores con trastornos mentales o adicciones. Violencia intrafamiliar.

Familias donde ha habido afectación directa de familiares por el Covid-19 (incluidos fallecimientos) o con progenitores sanitarios.

2.4. Factores de protección-adaptación

Los factores sociofamiliares de signo positivo han sido los más destacados.

Buena relación previa padres-hijos. Activación de sistemas de apego positivos que actúan como protección frente al temor y a la angustia general.

El contacto on-line con amigos, la adecuada estructuración de horarios y actividades, el respeto de los espacios de privacidad.

Buenas condiciones materiales de vida. Familias donde los progenitores pueden organizarse bien para el cuidado de los/as niños/as y pueden aumentar el tiempo de relación lúdica con los hijos. Familias con hermanos de edad similar donde el niño/a puede mantener relación y juego con iguales. Flexibilidad en el nivel de exigencia escolar con acompañamiento por parte de los tutores escolares.

3. Adaptación de los equipos e instituciones

Muchas familias han agradecido la iniciativa del contacto telemático y se han sentido acompañadas. También para los equipos ha sido fundamental poder mantener reuniones de equipo por videoconferencia, actividades asistenciales, desde consultas a terapias de grupo o talleres y actividades de coordinación.

3.1. Adaptaciones de la organización asistencial:

Adopción de las medidas de prevención de la infección en los Servicios en línea con las medidas sanitarias mediante planes de contingencia para el periodo de Confinamiento.

Ha sido generalizada la implantación de la atención telemática y la división del equipo presencial en los centros, con rotaciones de profesionales, para evitar contagios. Las videollamadas han supuesto un contacto de mayor proximidad y flexibilidad en algunos casos. Los profesionales han hecho una adaptación muy rápida y creativa a la nueva situación. Las consultas presenciales se han restringido a casos excepcionales. Se han iniciado tratamientos psicofarmacológicos, pese a que la situación no siempre permite una adecuada evaluación de respuesta. Se han enviado vía email documentos, cuestionarios y recomendaciones individualizadas. Tener una buena alianza terapéutica ha facilitado la adaptación a estos nuevos modos de atención.

Algunos casos nuevos se han atendido exclusivamente por consulta telefónica con los padres, y también individual con los/as niños/as. Han resultado sesiones productivas y efectivas mostrándose, tanto familias como niños/as, comunicativos y colaboradores y manifestando de forma clara y sincera sus dificultades, temores y preocupaciones. En otros casos, la comunicación telefónica ha sido más complicada y, o bien se han retrasado las consultas, o bien se han hecho presenciales, si la indicación clínica lo requería.

En general, se ha mantenido la atención en Urgencias. Algunas instituciones han reorganizado la asistencia para evitar que las urgencias psiquiátricas se desplazasen a medio hospitalario, potenciando la atención urgente en los centros de salud mental. En algunas instituciones, profesionales de los equipos de salud mental han sido destinados a reforzar la atención hospitalaria debido a las bajas de profesionales por el Covid-19. La atención telemática ha conseguido evitar en varias ocasiones desplazamientos a servicios de urgencias.

En las Unidades de Hospitalización, se han reducido el número de camas en algunos centros, en otros se han mantenido todas las camas en funcionamiento, en algún caso a pesar de la disminución del número de profesionales activos. Se han tenido que modificar los protocolos, según las medidas de protección para la infección respecto a distanciamiento social, realizando visitas y entrevistas familiares telemáticas.

En algunas situaciones de riesgo clínico, como en Trastornos alimentarios, al no poder ingresar se ha empoderado a las familias y se han podido abordar estas situaciones con tratamiento ambulatorio intensivo e incluso programas de atención en domicilio con enfermería para apoyo e intervención en las comidas.

La atención a los problemas de salud mental de menores con enfermedades orgánicas crónicas que requieren diversos soportes terapéuticos especializados también se ha visto afectada.

La evaluación a distancia de algunas situaciones de riesgo social ha sido difícil, precisándose visitas presenciales o domiciliarias. Las familias con mayor problemática psicosocial no siempre han respondido a llamadas, lo que ha llevado a intensificar la colaboración con los servicios sociales.

Comunicaciones dirigidas a población general:

Ha habido una avalancha de documentos desarrollados por diferentes colectivos y asociaciones para manejar las condiciones del confinamiento por parte de las familias y los posibles duelos. También de ofertas de asistencia psicológica.

Se ha trabajado desde algunos equipos en guías de ayuda en caso de vivir situaciones de violencia domésticas.

Comunicaciones dirigidas a colectivos específicos:

Se han realizado por algunos equipos documentos específicos y de diseño adecuado para la infancia y las familias en lenguaje sencillo (TEA, TCA, Adicciones, Duelos, documentos de apoyo para familias atendidas en los servicios). En el caso de TCA y TEA, además de la parte informativa general, se ofrecía un seguimiento y soporte frente a las eventuales dificultades. En los TEA también se ha intentado orientar a profesores de las escuelas ordinarias sobre las tareas educativas que mandan a los menores con el objetivo de tomar conciencia que las dificultades escolares podían verse aumentadas.

Autorizaciones para salidas terapéuticas:

Muy excepcionales, con agradecimiento de la familia por el acompañamiento. Ha habido algunas dudas con este tema por su legalidad. La demanda ha sido muy baja, sobre todo se han solicitado en casos de TEA.

4. Previsión situaciones problemáticas futuras

La mayoría de los equipos piensan que habrá un aumento de la demanda derivada de los efectos de la emergencia sanitaria.

4.1. Estrés post-traumático:

Se valora que en la población general no es probable que aparezca este tipo de reacción en relación al Covid-19 si no hay una afectación directa, ya que ha sido una experiencia compartida como sociedad que puede ser comprendida colectivamente. En cambio, entre el personal sanitario pueden aparecer algunos casos, en relación con experiencias personales, y con su actividad asistencial durante este periodo con enfermos de Covid-19, que no hayan podido ser elaboradas de una manera adecuada y que precisen una atención específica.

En los casos donde exista violencia a nivel intrafamiliar puede darse un agravamiento de la situación.

4.2. Complicaciones por duelos en la familia:

Será importante apoyar los rituales familiares en casos de fallecimiento sin acompañamiento.

4.3. Trastornos adaptativos:

Cuadros adaptativos por los efectos de la situación de alarma sanitaria y por las pérdidas que estén asociadas a la crisis actual, sobre todo en el ámbito económico. Hay pacientes en los que esta situación puede derivar a un mayor aislamiento general y una mayor dificultad para retomar su vida cotidiana.

4.4. Agravamiento de cuadros en TMG:

Especialmente en casos TEA, EMARS, psicosis y cuadros depresivos con tentativas autolíticas.

4.5. Situaciones relacionadas con factores socioeconómicos:

Se puede prever que la influencia de factores económicos y sociales tengan repercusión sobre las condiciones de vida. Esto puede suponer un aumento de la presión social y la necesidad de apoyar a Atención primaria.

5. Resumen

Se ha recogido información de diferentes equipos y unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de varios territorios del estado.

Se aprecia, en general, la importancia de la calidad de las relaciones familiares y de las circunstancias sociales acompañantes en las reacciones al estado de alarma sanitaria. También se hace evidente el peso en estas edades de la vida escolar, así como el impacto actual de las nuevas tecnologías.

Entre las *experiencias* referidas por las familias destaca la vivencia positiva de pasar mayor tiempo juntos, con una disminución de las exigencias habituales asociadas a la asistencia al centro escolar. Las principales preocupaciones estaban referidas a la conciliación del trabajo presencial o teletrabajo con el cuidado de los menores y, en algunos casos, con la dificultad para acompañarlos en las tareas escolares si no contaban con un apoyo considerado suficiente desde el entorno escolar. Las nuevas tecnologías han estado omnipresentes, tanto para los objetivos escolares, como para mantener el contacto con la familia extensa y amistades, y para el contacto con los profesionales asistenciales o el trabajo telemático de los adultos. Los recursos cognitivos y comunicacionales de los menores han sido claves para poder aprovechar la atención telemática ofrecida. Lo mismo puede decirse de las capacidades de organización y contención emocional de las familias en la adaptación a la situación. La desescalada ha supuesto un alivio, para la mayoría, de la tensión acumulada por el agotamiento de los recursos propios.

En la *evolución* de los cuadros clínicos es de destacar que han sido minoritarios los casos en que se ha observado un agravamiento, observándose incluso cierta mejoría en algunos de ellos, seguramente ligada al menor estrés asociado a factores sociales y escolares. La mayoría de las familias ha trasladado, con agradable sorpresa, la buena capacidad de adaptación de los/as niños/as para la situación en general. En los casos de menores con TEA se han observado reacciones contrapuestas: en algunos una mejora asociada a la disminución de factores sociales estresantes, y, en los casos con comorbilidad asociada y mayor necesidad de soporte institucional, un empeoramiento. El uso abusivo de pantallas y el aislamiento social son algunos de los efectos del confinamiento más habituales. También se han recibido muchas informaciones sobre los casos con perfiles de TDAH y conductas disruptivas. Estos han requerido más acompañamiento terapéutico, sobre todo con las familias. La impresión es que, cuando este acompañamiento ha sido adecuado, han experimentado una mejora. También se han descrito empeoramientos en algunos casos de TCA que habían interrumpido tratamientos intensivos, así como en casos de Trastorno Mental Grave que han sufrido descompensaciones durante el periodo de confinamiento.

Los principales *factores de riesgo* señalados se refieren a la precariedad de recursos materiales y sociales, y a la falta de habilidades de crianza. Las situaciones de violencia intrafamiliar y las pérdidas de familiares cercanos por la pandemia son motivo de preocupación especial. Existe el riesgo de que la brecha digital suponga una exacerbación de las desigualdades en familias especialmente desfavorecidas.

Entre los *factores de protección* encontramos las condiciones de vida adecuadas (vivienda, recursos materiales y tecnológicos, posibilidades de organización laboral de los adultos) y la presencia de dinámicas familiares saludables. Los soportes desplegados por Educación (en algunos casos vividos como de gran exigencia, en otros irregulares), Servicios Sociales y Salud Mental han servido también de ayuda.

La *adaptación de los equipos clínicos* ha destacado por su capacidad de reacción, rapidez y flexibilidad. La implantación del trabajo telemático ha sido generalizada. La impresión es que puede aportar un soporte complementario en la asistencia cuando pase el estado de alarma más que ser una alternativa al trabajo presencial. Se han adoptado cambios en la organización de los diferentes niveles asistenciales. Se ha trabajado en la elaboración de numerosos documentos, dirigidos tanto a población general (adaptación a la situación de confinamiento, actuación frente a situaciones de maltrato) como a población clínica (TEA, TCA, Adicciones, situaciones de duelo, documentos de apoyo a familiares y menores usuarios). Las autorizaciones para salidas por motivos terapéuticos, no muy demandadas, han sido bien valoradas por las familias afectadas. La atención, en general mediante llamadas telefónicas, y menos por videollamadas u otros medios, se ha realizado mayoritariamente con los padres, focalizada en apoyar sus competencias como cuidadores. Se ha desplegado un trabajo intenso sobre las habilidades parentales.

Sobre la *previsión de problemáticas futuras* hay que señalar en primer lugar la importancia de no patologizar situaciones adaptativas y fomentar, en lo posible, los recursos propios de las familias, que se han hecho evidentes en una mayoría de casos en esta situación excepcional. Es esperable que aparezcan reacciones adaptativas con síntomas ansioso-depresivos que, excepcionalmente, puedan adquirir las características de cuadros por Estrés Post-traumático. Preocupan especialmente posibles complicaciones en situaciones vinculadas a duelos no resueltos y en situaciones de maltrato intra-familiar que pueden haberse producido o agravado en el periodo de desconfinamiento.

6. Documento elaborado con la participación de diferentes unidades clínicas

- Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil de la provincia de Vizcaya
- Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Cornellà, Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona
- Escuelas de Educación Especial para TEA Carrilet, Barcelona
- Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil de la provincia de Almería
- Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Cáceres
- Servicio de Psiquiatría, área de Infancia Adolescencia, Hospital Balmes Sevilla
- Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid
- Hospital de Día de Adolescentes de Salt, SAS, Girona
- Hospital de Día de Adolescentes de CHM Les Corts, Barcelona
- Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid
- Hospital Clínic. Barcelona
- Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.
- CSUR para enfermedades metabólicas. Complejo hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
- Hospital Gregorio Marañón. Madrid

3º BLOQUE: ENTIDADES QUE AGRUPAN A COLECTIVOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL Y ENTIDADES EN DEFENSA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Un trabajo de este tipo no estaría completo si no incluyese la visión y aportación de entidades o asociaciones de familiares o usuarios de salud mental. Con el objetivo de centrar la información que nos parecía útil recabar, se plantaron a diferentes entidades las siguientes preguntas centradas en la etapa de la infancia y adolescencia:

- ¿Qué dificultades han detectado en los menores durante el confinamiento?
- ¿Qué dificultades han informado los padres durante el confinamiento, respecto a si mismos y respecto a sus hijos?
- ¿Cómo ha sido la atención que le han prestado en los diferentes servicios de salud mental públicos durante el confinamiento?
- ¿Cómo ha sido la atención que le han prestado en centros/clínicas privadas durante el confinamiento?
- ¿Cómo podrían mejorar los servicios de salud mental su atención en el futuro si vuelve a producirse una situación de alerta sanitaria como la que estamos viviendo?
- ¿Cómo cree que tendría que ser la incorporación de los menores al colegio en Septiembre?

Las asociaciones que han participado han sido las siguientes: Federación Plena Inclusión Castilla y León, Asociación ACABE Bizkaia (Asociación Contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosa), APNABI (Autismo Vizcaya), Cáritas Diocesana, Confederación Autismo España y Unicef.



Tras la revisión de todas las respuestas, se han agrupado las que eran similares en cada pregunta para facilitar su identificación y comprensión, manteniendo en la medida de lo posible, la transcripción literal de las mismas:

¿Qué dificultades han detectado en los menores durante el confinamiento?

- Han dejado de recibir algunos apoyos específicos (fisio, logopedia...)
- Aumento de conductas desafiantes y violentas
- Ingresos hospitalarios
- Aumentos de medicación o toma incorrecta
- Aumento de síntomas de ansiedad, depresión, autolesiones, estenotipias, irritabilidad...
- Padres desbordados
- Dificultades en la gestión de la frustración
- Negativa a acudir a los centros por miedo al contagio
- Pérdida de los espacios reales de socialización, convivencia y participación
- El cambio en las rutinas diarias creó situaciones de desorganización para las personas usuarias y sus familias
- dificultades significativas de auto-regulación con la aparición, incremento o intensificación de auto y/o hetero-agresiones a familiares o figuras principales de apoyo.
- Perder avances o empeorar competencias en proceso de adquisición, especialmente en lo referente al ámbito académico, la autonomía personal o la interacción social.
- En la desescalada los/as niños/as no quieren salir por miedo a contagio o por acomodación a las pantallas
- Se ha detectado una falta de atención por parte de la administración hacia los menores y sus familias, tanto en el ámbito educativo (mala coordinación por parte algunos de los centros educativos, ayudas de alimentos (han llegado tarde) y a nivel tecnológico

¿Qué dificultades han informado los padres durante el confinamiento, respecto a si mismos y respecto a sus hijos?

- Dificultad de acceso a recursos tecnológicos dificultando la comunicación con algunos centros y servicios, falta de información..
- Aunque tengan medios tecnológicos, la falta de accesibilidad cognitiva a entornos digitales, no están adaptados.
- Dificultad de apoyos en casa
- Mala gestión de actividades y ciertas situaciones: dificultad de los padres para entender que todo no se puede cambiar
- Dificultad de intervención online: pérdida de información,
- Falta de información
- Falta de habilidades parentales, en general
- El miedo o incertidumbre con la vuelta a los centros y servicios por le miedo al contagio
- La conciliación familiar ha resultado difícil en la mayoría de las familias
- Falta de ingresos económicos debido al confinamiento o pérdida de empleo y sus consecuencias (imposibilidad de compra alimentos y otros productos básicos de consumo)
- Miedo, ansiedad, incertidumbre respecto a salud, trabajo...
- Sentimientos de desesperanza y falta de control de la situación.
- No poder acceder a las cosas del colegio, no poder cumplir con el curso académico

- Pérdida de relaciones sociales durante el confinamiento y cómo puede dificultar en un futuro retomar las rutinas, el contacto social,...
- Las familias trasladan situaciones de cansancio y estrés relacionado no sólo con el confinamiento sino con la situación general (económica, laboral, etc)
- Altos niveles de estrés, angustia y ansiedad.
- Dificultades significativas para manejar la situación familiar y el comportamiento de su hijo con algún tipo de trastorno mental grave
- La falta de comprensión por parte de la sociedad a la libre circulación de personas con TEA (a las que no les afectaron las restricciones de movilidad durante el confinamiento (Instrucción de 19 de marzo de 2020) y, en ocasiones, el linchamiento social
- Falta de ajustes especializados desde los centros escolares para la enseñanza a distancia de niños/as con problemas de salud mental

¿Cómo ha sido la atención que le han prestado en los diferentes servicios de salud mental públicos durante el confinamiento?

- Cambio de citas presenciales por telefónicas
- No ingresos hospitalarios por falta de plazas o ingresos de pocos días
- Muy centrada en la subida de medicación
- Falta de apoyo o atención escasa en muchas ocasiones
- Contacto telefónico fluido
- Se observa la carencia de protocolos de actuación adaptados a personas con diversidad funcional

¿Cómo ha sido la atención que le han prestado en centros/clínicas privadas durante el confinamiento?

- - Contacto telefónico
- - Atención centrada en subida de medicación
- - Falta de material y equipamiento de protección, que ha dificultado la atención de forma segura
- - Limitación que supone la atención telemática improvisada, que es insuficiente para su mantenimiento a largo plazo y depende en gran medida de la colaboración activa de las familias a la hora de ejecutar las intervenciones pautadas.

¿Cómo podrían mejorar los servicios de salud mental su atención en el futuro si vuelve a producirse una situación de alerta sanitaria como la que estamos viviendo?

- Apoyo, seguimiento, observación en entorno natural
- Fortalecimiento de los servicios de atención a distancia (equipos técnicos y medios adaptados para la atención directa vía telemática)
- Adaptación de los entornos y espacios físicos para la atención presencial que garantice las distancias, higiene, limpieza, etc. y que permitan la asistencia en condiciones de seguridad a quien necesite acudir a los centros.
- Provisión preventiva de material y equipamiento de seguridad (mascarillas, guantes, etc.).
- Incorporar de manera habitual el uso de la consulta telemática en sus diversas modalidades en aquellos casos en los que sean dificultosos los desplazamientos o lo prefieran las familias y los menores
- Se ha observado que las consultas virtuales evitan ingresos hospitalarios
- Asegurar y comunicar citas, reforzando los encuentros, rompiendo el aislamiento que ha generado la pandemia con seguimientos más cercanos.

- Flexibilizar las medidas que establezcan el ingreso individual permitiendo el acompañamiento en todo momento por parte de una persona cercana (familiar o profesional).

¿Cómo cree que tendría que ser la incorporación de los menores al colegio en septiembre?

- Asegurar el acceso al sistema educativo de una manera presencial y segura, buscando espacios o disminuyendo el número de alumnos por aula
- Adaptar el curriculum a la situación que se presenta
- Sensibilizar a niños/as y padres respecto a medidas de seguridad e higiene
- Primar salud pero también el bienestar emocional
- Clases presenciales, no en modalidades mixtas
- Adaptación o flexibilidad los horarios de entrada
- Implantar la jornada continua
- Profesionales de salud mental en entornos escolares
- Establecer medidas especiales para los menores con trastornos mentales graves, como los trastornos del espectro autista, tales como:
 - Conocer con antelación las medidas a tomar para poder anticipar al alumnado con TEA cómo será el proceso de incorporación.
 - Valorar en cada caso de forma individual las necesidades de cada estudiante, así como los recursos personales (disponibilidad de familiares o cuidadores) así como materiales (dispositivos tecnológicos, acceso a internet) en los hogares en el caso de incorporación que implique enseñanza telemática.
 - Establecer planes individuales con ajustes especializados que respondan a las necesidades individuales de cada estudiante, con las adaptaciones específicas que cada estudiante requiera y que garanticen la igualdad de oportunidades.
 - Utilizar recursos de estructuración del ambiente (señalización, apoyos visuales, organización del mobiliario) que permitan al alumnado cumplir con las normas de distancia social.
 - Tener en cuenta las necesidades individuales, fundamentalmente en relación a aspectos sensoriales, a la hora de la exigencia del cumplimiento de medidas de higiene como puede ser el uso de mascarillas.
 - Valorar cómo la nueva situación puede afectar a las situaciones de victimización de acoso escolar, dada la alta vulnerabilidad del colectivo a sufrir bullying (incluyendo el cyberbullying) e incluir la prevención e intervención en el desarrollo de programas y ajustes.

Además de las asociaciones de familias, diferentes organismos internacionales de atención a la infancia y adolescencias también están realizando estudios y señalando recomendaciones, fundamentalmente dirigidas a las entidades públicas y los gobernantes, para el buen cuidado de los menores.

En la línea de lo que venimos defendiendo las diferentes asociaciones científico profesionales de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia, UNICEF nos recuerda que:

- Los impactos en la salud mental asociados a estas vivencias pueden ser particularmente graves cuando los niños, niñas y adolescentes no tienen las necesidades básicas cubiertas, carecen de un entorno familiar y educativo protector, cuando son víctimas de violencia o abusos, y cuando arrastran otro tipo de traumas o desarraigo, como es el caso de muchos niños/as migrantes y refugiados

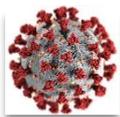
- Lo excepcional de la situación originada por esta pandemia, que ha cerrado durante meses los colegios impidiendo la estancia de los menores en el contexto más importante, junto con la familia, para su desarrollo, requiere de una planificación de medidas que reviertan esta situación lo antes posible y evite que vuelva a producirse. La escuela no es solo el lugar donde se adquieren conocimientos, sino que supone un espacio para la protección, la socialización, la normalización y la reducción de desigualdades en la vida de los menores
- El Secretario General de Naciones Unidas, ha pedido a todos los países del mundo recientemente, que desarrolle una **estrategia específica sobre salud mental y bienestar psicológico que sea transversal en todas las áreas de actuación frente a la crisis** por COVID-19 (enfoque *whole of society*).
- El Comité de los Derechos del Niño, recomendó a España en 2018 la adopción de una **Política Nacional de salud mental infantil**. UNICEF recomienda que esta recomendación se concrete en la adopción de un capítulo específico dentro de la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental
- España debe movilizar fondos no solo para evitar una crisis seria de salud mental en la población, sino también para **fortalecer la red de salud mental y de apoyo psicosocial de forma permanente**, a través de:
 - la creación de las especialidades de psiquiatría y psicología clínica de la infancia y adolescencia
 - la dotación adecuada de **psiquiatras y psicólogos clínicos en el Sistema Nacional de Salud**
 - **el refuerzo del Nivel de Atención Primaria del sistema sanitario público**, garantizando formación especializada obligatoria a los pediatras así como la presencia de los especialistas en psicología clínica en este nivel de atención
 - La provisión de una **financiación previsible y sostenible** tanto de la red de salud mental, como de los equipos de apoyo psicosocial a los niños, niñas y adolescentes dependientes de varios Ministerios y Consejerías (educación, servicios sociales, protección de la infancia, justicia juvenil, discapacidad, acogida a refugiados), a niveles similares a los países de nuestro entorno

El comité de derechos del niño de Naciones Unidas(321) manifiesta su preocupación por la situación de los menores vulnerables en países donde se han tomado medidas de confinamiento por la COVID-19. El comité comunica las siguientes preocupaciones:

1) Las medidas restrictivas para garantizar la salud pública tienen repercusiones en la salud, la educación, económicas, sociales y en el ocio de los niños y niñas, por lo que las medidas que se tomen deben tener en cuenta el interés superior del menor. 2) Para los/as niños/as se debería contemplar una salida al día al exterior, respetando las medidas de seguridad. 3) La educación online no debe aumentar las desigualdades existentes ni reemplazar la relación alumno-maestro. 4) Se debe garantizar que los menores sean alimentados con alimentos nutritivos (ya que muchos reciben su única comida nutritiva en la escuela). 5) No negar a los menores el acceso a la atención médica. 6) Garantizar los servicios básicos del sistema de protección y servicios de salud mental a los menores. El confinamiento puede exponer a los niños y niñas a un aumento de violencia física y psicológica. 7) Se debe proteger a los menores cuya vulnerabilidad se ve incrementada por la pandemia (menores tutelados, privados de libertad, refugiados...). 8) Proporcionar a los/as niños/as privados de libertad un contacto regular con sus familias, ya sea por comunicación electrónica o por teléfono si no se puede físicamente. 9) Prevenir el arresto o

la detención de niños y niñas por violar directivas relacionadas con COVID-19. 10) Difundir información sobre COVID-19 en un lenguaje amigable para los/as niños/as. 11) escuchar las opiniones de los menores y tomarlas en cuenta en la toma de decisiones sobre la pandemia.

4ª BLOQUE: CONCLUSIONES: RECOMENDACIONES, INVESTIGACIÓN, NECESIDADES Y PROPUESTAS



GENERALES

La COVID-19 ha supuesto una crisis de salud pública a nivel mundial con una fundamental problemática vírica, una vertiente de contagiosidad, una afectación orgánica muy importante y con gran repercusión en el sistema sanitario. Pero también ha supuesto una crisis social, y debemos estar muy atentos a las posibles repercusiones en la salud mental de la población.

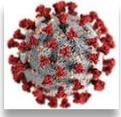
Las pandemias tienen mucho en común con otros desastres naturales: impacto en la comunidad, imprevisibilidad, víctimas y efectos a largo plazo. Pero la respuesta a las pandemias difiere necesariamente de la de otros desastres al potenciar el distanciamiento físico y la cuarentena, con aislamiento y dificultad para las relaciones interpersonales, especialmente con la familia e iguales. Nunca, hasta ahora, países enteros han estado confinados (o en cuarentena) durante un tiempo tan prolongado y, esto, puede tener unas consecuencias nuevas aún desconocidas.

No hay salud sin salud mental. La economía es un factor para una buena salud mental y viceversa. Es preciso evitar la exclusividad de lo infectológico en Salud, incorporando propuestas de atención, que incluyan los aspectos sociales, así como la importancia de la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental.

La globalización y las nuevas tecnologías han permitido una mayor conectividad durante el confinamiento. Debería hablarse de distancia física y no de distancia social, dado que la comunicación y el contacto social, esenciales en los seres humanos, han seguido y deben seguir estando presentes.

Es importante dar información sobre medidas generales para contrarrestar el estrés como la higiene del sueño, programación de actividades, ejercicios, técnicas de relajación, conexiones sociales y evitar la sobreinformación. La información debe de ser comprensible, veraz y fidedigna, incluyendo la que se refiere a fuentes y dispositivos de ayuda relativos a la salud mental.

Cara al futuro, si nuevos confinamientos generalizados fuesen inevitables, sería esencial planificarlos de manera adaptada a las poblaciones más vulnerables, entre las que se incluyen la infancia y la adolescencia.



INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Sabemos que la infancia y la adolescencia tienen unas necesidades específicas que es preciso entender y atender y que no han sido tenidas suficientemente en cuenta durante este periodo, en parte por la propia gravedad de la pandemia, pero también por cierta falta de reflexión en las medidas adoptadas. Cuidar la infancia y a la adolescencia es una inversión a largo plazo y sería preciso priorizarla, ya que estamos apostando por beneficios en su vida futura y de toda la sociedad.

El impacto que la pandemia por COVID-19 ha tenido y puede tener sobre la infancia, no es uniforme. Dependerá de factores diversos: fallecimientos de seres queridos, separaciones de sus cuidadores por causas laborales o de aislamiento obligados por contagio, trastornos mentales de base y vulnerabilidad personal, situación económica y empleo, la cobertura de vivienda y necesidades básicas, entre otros.

Los niños y las niñas más vulnerables a los cambios de rutina y/o con necesidades de apoyo social, como son los niños y las niñas con trastornos del neurodesarrollo de mayor gravedad, o aquellos en situación de violencia intrafamiliar, han sufrido especialmente las consecuencias del confinamiento.

La comunicación sensible y efectiva sobre enfermedades que amenazan la vida tiene importantes beneficios para los niños y niñas y los adolescentes y para el bienestar psíquico, a largo plazo, de sus familias. Escuchar lo que creen sobre la transmisión de COVID-19 es esencial. Proporcionarles una explicación precisa y adaptada a su desarrollo, que sea significativa para ellos, garantizará que no se sientan innecesariamente asustados o culpables. Es, asimismo, fundamental para su desarrollo la calidad de los vínculos interpersonales, por lo que se deben promover las relaciones sociales con iguales y con familia extensa, en especial en los colectivos más vulnerables.

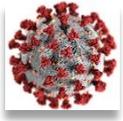
Los y las adolescentes (según sus relatos y los de sus familias) han aceptado y asumido el confinamiento y sus restricciones con una disposición mucho mejor de la esperada, sorprendiendo a sus propias familias y contribuyendo a experiencias gratas de convivencia familiar en la mayoría de las ocasiones. En general, han dado muestras de su capacidad para organizarse y cumplir con las nuevas responsabilidades en la enseñanza, derivadas de la formación no presencial. Aunque sin duda esta circunstancia, junto a la imposibilidad de relacionarse directamente con sus amigos, han sido las dos quejas mayoritarias.

Cualquier niño/a o adolescente puede manifestar transitoriamente síntomas de ansiedad o depresión secundarios a esta situación que estamos viviendo. Estos síntomas pueden ser una respuesta normal y adaptativa a los cambios sufridos. Si presentan gran intensidad o repercusión funcional, pueden beneficiarse inicialmente de intervenciones psicoeducativas breves o de grupos de apoyo.

Los/as niños/as separados/as de sus cuidadores durante la pandemia (bien por la infección u hospitalización del niño/a o de sus cuidadores) o que han sufrido la pérdida de un ser querido serán más propensos a presentar problemas psicológicos, miedo a la infección y ansiedad.

Otros casos, pueden presentar síntomas que perduren en el tiempo, conformando un trastorno, o bien exacerbando psicopatología ya existente, lo que requerirá una intervención psicoterapéutica o farmacológica específica. La identificación temprana de la angustia y las intervenciones oportunas pueden, no sólo prevenir las crisis en tiempos de pandemia, sino también ayudar a contener su propagación.

Promover la investigación en salud mental de la infancia y adolescencia y el cuidado de los jóvenes y sus familias tiene una importancia fundamental en este momento del COVID-19. Debemos avanzar en el estudio de aspectos epidemiológicos, de evaluación, de la neurociencia incluyendo los genéticos y epigenéticos, los biomarcadores de enfermedad mental, pero también en el de los factores de protección y de resiliencia, la prevención y promoción, tratamiento y la respuesta de los sistemas de salud.



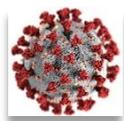
FAMILIAS

La información proporcionada por los y las profesionales que han estado trabajando durante estos meses de confinamiento y a los que hemos encuestado, nos indica que los/as niños/as y adolescentes que han vivido en entornos con buenas capacidades de ajuste, flexibilidad, medios y respuesta familiar apropiada han sido capaces de adaptarse bien a la realidad de confinamiento. Incluso cuando ha habido algunas complicaciones, han mantenido la estabilidad, observándose, con frecuencia, una mejora de la psicopatología al disminuir exigencias, aunque también ha habido casos de desestabilización. De hecho, este tiempo de confinamiento, ha sido una oportunidad, en muchos casos, para mejorar los lazos de proximidad con la familia y los seres queridos (según han informado las propias familias), siendo un factor determinante en dicha mejora.

Es previsible, no obstante, que los problemas de las familias más vulnerables hayan estado encubiertos, incluidas situaciones de violencia de género e intrafamiliar ascendente y será en el futuro cuando podamos sacar conclusiones sobre su situación y afectación real.

Las familias con personas fallecidas o enfermos graves cercanos han tenido una sobrecarga añadida. También los trabajadores sanitarios, que han estado en primera línea contra el COVID-19 y el personal de servicios básicos, han sufrido grandes dificultades para atender a su familia e hijos/as: el miedo y la culpa por el riesgo de la contaminación del virus a sus pequeños/as, la dificultad para atender las necesidades básicas de la crianza (como la lactancia materna), y frecuentemente los largos períodos de separación han teñido de penalidad el tiempo de confinamiento

Otro riesgo añadido han sido los problemas para conciliar la vida laboral y la sobrecarga familiar y, especialmente de la mujer, dado que, tal como nos han referido las madres en las consultas que se han mantenido en los diferentes dispositivos de salud mental de la infancia y adolescencia, gran parte de la tarea educativa ha recaído de forma muy intensa en la familia.



EDUCACIÓN

El objetivo principal de la reapertura de centros educativos debe ser el cumplimiento de su misión educativa y socializadora, por encima de otros objetivos como la conciliación de la vida familiar y laboral, aunque dicha conciliación sea una problemática añadida a tener en cuenta. La reincorporación a las exigencias escolares y sociales debería acompañarse de buenos apoyos y de la planificación de espacios (de carácter preventivo) en el ámbito educativo, para compartir la difícil experiencia vivida por niñas/as y adultos (incluida discontinuidad y pérdidas) en la etapa de confinamiento. Las medidas anteriores nos parecen compatibles con establecer estímulos y apoyos para el aprendizaje de los contenidos curriculares necesarios.

Apoyar decididamente que se implementen, lo antes posible, planes de reactivación de las actividades educativas (y durante el verano alternativas de ocio y tiempo libre). Se debería garantizar un equilibrio entre el riesgo de infección por COVID-19 y la reducción del riesgo para el desarrollo y bienestar emocional de la infancia, especialmente para los subgrupos más vulnerables, como los de familias con bajo nivel socioeconómico, aquellos con trastornos de salud mental preexistente o con problemas o dificultades en los procesos de aprendizaje.

La existencia de desigualdades en el acceso a la tecnología por parte de algunas familias y centros escolares hace necesario establecer unas condiciones mínimas de conectividad para sostener la educación a distancia y evitar que estas desigualdades se incrementen.

Debe ser objeto de especial preocupación el alumnado absentista o que no se conecta, trabajando tanto su vinculación escolar como potenciando su socialización. Serían adecuados planes de contingencia en cada área de salud y plataformas de comunicación efectivas entre Educación, Servicios Sociales y Salud Mental.

Deberían asegurarse sistemas de soporte y apoyo básicos a los/as niños/as y a los/as adolescentes que presentan problemas graves del desarrollo y que son atendidos en Programas de Necesidades Educativas Especiales. Siendo especialmente importante garantizar la cobertura y atención de los centros de educación especial. Y priorizar la atención temprana necesaria para revertir evoluciones futuras negativas en los periodos sensibles del desarrollo (ventanas terapéuticas).



RESPUESTA ASISTENCIAL

La mejora de los servicios de salud mental es un objetivo imprescindible si queremos dar una respuesta integral al brote de COVID-19 ya que sus consecuencias tienen gran impacto psicosocial debido al miedo, la incertidumbre y la estigmatización que conlleva y que pueden actuar como barreras para las intervenciones médicas y de salud mental apropiadas. Ser conscientes de este hecho es fundamental para evitar el aumento de las desigualdades e inequidad de salud ya existentes.

A través de las preguntas que hemos realizado a un gran número de profesionales, se ha constatado que, en el periodo de emergencia sanitaria, han disminuido las demandas de atención por problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y se han suspendido actividades o programas específicos en algunos dispositivos o unidades de atención infanto-juvenil. A pesar de ello, debemos estar especialmente vigilantes ante posibles empeoramientos de trastornos mentales preexistentes, así como a los efectos de la propia crisis de salud pública, el aislamiento físico y la recesión económica. Es posible que el impacto psicológico pueda aumentar las demandas de consultas y de la sintomatología clínica, tanto de tipo internalizante como externalizante, en especial en población vulnerable.

La atención a las desigualdades materiales y psicosociales inherentes a la previsible recesión económica mediante medidas de protección financiera tienen un efecto protector, también, sobre la salud mental de la población, más aún sobre los que ya sufren trastornos, y disminuyen el riesgo de suicidio. Los esfuerzos de prevención de estas situaciones deben integrarse en el programa sanitario general frente a la crisis de COVID-19 y como parte del plan general de prevención del suicidio. Sería una importante estrategia preventiva realizar seguimiento de poblaciones de alto riesgo.

Ante una realidad nueva, el principio de precaución es imprescindible, pero dicha prudencia debe acompañarse de la atención a las dimensiones psíquicas y sociales de la crisis. Es necesario establecer un equilibrio entre las medidas de seguridad y el cuidado de la interacción madre-bebé, desde el embarazo, parto y perinatalidad.

La población infanto-juvenil con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y discapacidad ha requerido una especial atención durante el confinamiento. Es importante profundizar de forma objetiva en los riesgos y necesidades que corre esta población en la situación de alarma sanitaria, dada su gran vulnerabilidad.

Va a ser necesaria una respuesta de carácter colectivo que estimule la red comunitaria de apoyo a las familias, promoviendo la coordinación e integración entre servicios y agentes sociales, clínicos y educativos.

Atender los vínculos sociales es otra línea de trabajo fundamental para disminuir el impacto negativo de los efectos del confinamiento. Deben cuidarse de forma especial las poblaciones que tienen restringidos el contacto familiar de manera habitual, como son los menores de protección o con medida judicial. Habrá que cuidar la coordinación con servicios de Protección al Menor, así como los y las menores en cumplimiento de medidas judiciales para atender sus circunstancias específicas y procurar establecer sistemas de comunicación efectivos

Aunque la literatura refiere que los servicios telemáticos de salud mental son igual de efectivos que los presenciales, los datos de la encuesta que hemos realizado entre un gran número de profesionales, señalan que el 63,9% de ellos considera que es menor su eficacia, siendo percibido de forma mayoritaria como una herramienta complementaria pero no equivalente a la presencial. Puede tener que ver con el uso mayoritario (92% de las respuestas) de la atención telefónica, frente a la videollamada, solo utilizada por un 41,4%, pero sin duda este tema requiere una valoración más profunda de cara a incorporarlo a la asistencia en el futuro.

Proponemos, por último, impulsar –incluida la necesaria inversión económica– el desarrollo de investigaciones en la era del COVID-19 sobre las repercusiones en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, de manera coordinada, tanto a partir de iniciativas nacionales como colaborar en otras a nivel internacional.

Subrayar, finalmente, que garantizar los Servicios Públicos Sanitarios es una necesidad que esta pandemia ha puesto en evidencia. La atención desde diferentes instituciones a la Salud Mental debe coordinarse desde estos Servicios Públicos para optimizar los recursos.

En definitiva, esperamos que nuestras reflexiones y/o propuestas puedan ser sugerentes para la comprensión y abordaje de esta etapa. Asumimos con ellas nuestra responsabilidad y disposición para colaborar con las autoridades sanitarias y políticas y para el desarrollo del Plan de Salud Mental, con la o las estrategias que puedan incorporarse, como la estrategia para la era COVID-19, pero también otras como la prevención del suicidio. Esperamos y necesitamos el apoyo y respaldo de la administración y del ámbito político para que se acabe, por fin, con el agravio de unas especialidades -la Psiquiatría y la Psicología Clínica de la Infancia y la Adolescencia- que han estado demasiado tiempo a la espera de su reconocimiento.

¿Vuelve el polvo al polvo?

¿Vuela el alma al cielo?

¿Todo es sin espíritu

podredumbre y cieno?

No sé; pero hay algo

que explicar no puedo,

algo que repugna,

aunque es fuerza hacerlo,

¡a dejar tan tristes,

tan solos los muertos!

G.A. Bécquer, Rima LXXIII



Foto de [Korhan Erdol](#) en [Pexels](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health [Internet]. 2020 may [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ, editores. Global Burden of Disease and Risk Factors [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2006 [citado 14 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/>
3. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *The Lancet*. febrero de 2020;395(10224):605-58.
4. Sprang G, Silman M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth After Health-Related Disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. febrero de 2013;7(1):105-10.
5. Arnold JL. Disaster medicine in the 21st century: future hazards, vulnerabilities, and risk. *Prehospital Disaster Med*. marzo de 2002;17(1):3-11.
6. Masten AS, Obradovic J. Competence and Resilience in Development. *Ann N Y Acad Sci*. 1 de diciembre de 2006;1094(1):13-27.
7. Cava MA, Fay KE, Beanlands HJ, McCay EA, Wignall R. The Experience of Quarantine for Individuals Affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*. 2005;22(5):398-406.
8. 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*. 12 de mayo de 2020;14(1):20.
9. Liu X, Luo W-T, Li Y, Li C-N, Hong Z-S, Chen H-L, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infect Dis Poverty* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 14 de junio de 2020];9(1). Disponible en: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00678-3>
10. Yonekura T, Ueno S, Iwanaka T. Care of children in a natural disaster: lessons learned from the Great East Japan earthquake and tsunami. *Pediatr Surg Int*. 1 de octubre de 2013;29(10):1047-51.
11. Markenson D, Redlener I. Pediatric terrorism preparedness national guidelines and recommendations: findings of an evidenced-based consensus process. *Biosecurity Bioterrorism Biodefense Strategy Pract Sci*. 2004;2(4):301-19.
12. Ginter PM, Wingate MS, Rucks AC, Vásconez RD, McCormick LC, Baldwin S, et al. Creating a Regional Pediatric Medical Disaster Preparedness Network: Imperative and Issues. *Matern Child Health J*. 1 de julio de 2006;10(4):391-6.
13. Novins DK, Henderson SW, Althoff RR, Billingsley MK, Cortese S, Drury SS, et al. JAACAP's Role in Advancing the Science of Pediatric Mental Health and Promoting the Care of Youth and Families During the COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 8 de mayo de 2020 [citado 26 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205658/>

14. OMS. OMS Prioridades de liderazgo Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019. No solo la ausencia de enfermedad [Internet]. OMS; 2014 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/131701/GPW_2014-2019_spa.pdf;jsessionid=2E5670A1D98704C5CCD8D229B7CD6EE8?sequence=1
15. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 1 de marzo de 2020;7(3):228-9.
16. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 1 de marzo de 2020;7(3):e14.
17. Nicol GE, Karp JF, Reiersen AM, Zorumski CF, Lenze EJ. "What Were You Before the War?" Repurposing Psychiatry During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 7 de abril de 2020 [citado 28 de mayo de 2020];81(3). Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2020/v81/20com13373.aspx>
18. Luyckx JJ, Vinkers CH, Tjebkink JK. Psychiatry in Times of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: An Imperative for Psychiatrists to Act Now. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 27 de mayo de 2020 [citado 4 de junio de 2020]; Disponible en: <https://jama.publicaciones.saludcastillayleon.es:443/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2765975>
19. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health*. mayo de 2020;182:163-9.
20. OMS. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza [Internet]. Suiza: OMS; 2005 [citado 26 de abril de 2020]. (Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles Programa Mundial de Influenza). Report No.: WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5. Disponible en: <https://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/vir-flu-plan-mundial-oms.htm>
21. Measles emergency in the European Region: WHO scales up response [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/measles-emergency-in-the-european-region-who-scales-up-response>
22. Chowell G, Abdirizak F, Lee S, Lee J, Jung E, Nishiura H, et al. Transmission characteristics of MERS and SARS in the healthcare setting: a comparative study. *BMC Med*. 3 de septiembre de 2015;13:210.
23. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. *Pediatr Infect Dis J*. mayo de 2020;39(5):355-68.
24. Cao Q, Chen Y-C, Chen C-L, Chiu C-H. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J Formos Med Assoc*. marzo de 2020;119(3):670-3.
25. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>

26. Tan W, Hao F, McIntyre RS, Jiang L, Jiang X, Zhang L, et al. Is returning to work during the COVID-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behav Immun*. 23 de abril de 2020;
27. Wilder-Smith A, Chiew CJ, Lee VJ. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? *Lancet Infect Dis*. 5 de marzo de 2020;
28. Cheng PK, Wong DA, Tong LK, Ip S-M, Lo AC, Lau C-S, et al. Viral shedding patterns of coronavirus in patients with probable severe acute respiratory syndrome. *The Lancet*. 22 de mayo de 2004;363(9422):1699-700.
29. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*. 1 de mayo de 2020;368(6490):489-93.
30. Wenjing G, Liming L. Advances on presymptomatic or asymptomatic carrier transmission of COVID-19. *Chin J Epidemiol*. 6 de marzo de 2020;41(00):485-8.
31. Gao WJ, Li LM. [Advances on presymptomatic or asymptomatic carrier transmission of COVID-19]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 6 de marzo de 2020;41(0):485-8.
32. Bai Y, Lin C-C, Lin C-Y, Chen J-Y, Chue C-M, Chou P. Survey of Stress Reactions Among Health Care Workers Involved With the SARS Outbreak. *Psychiatr Serv*. 1 de septiembre de 2004;55(9):1055-7.
33. Wang Z, Ma W, Zheng X, Wu G, Zhang R. Household transmission of SARS-CoV-2. *J Infect*. abril de 2020;S0163445320301699.
34. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. mayo de 2020;4(5):397-404.
35. Guo L, Ren L, Yang S, Xiao M, Chang D, Yang F, et al. Profiling Early Humoral Response to Diagnose Novel Coronavirus Disease (COVID-19). *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 21 de marzo de 2020;
36. Rashid ZZ, Othman SN, Samat MNA, Kalsom U, Ken WK. Diagnostic performance of COVID-19 serology assays. 2020;9.
37. Cao G, Tang S, Yang D, Shi W, Wang X, Wang H, et al. The potential transmission of SARS-CoV-2 from patients with negative RT-PCR swab tests to others: two related clusters of COVID-19 outbreak. *Jpn J Infect Dis* [Internet]. 2020 [citado 6 de junio de 2020]; Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/yoken/advpub/0/advpub_JJID.2020.165/_article
38. Suhandynata RT, Hoffman MA, Kelner MJ, McLawhon RW, Reed SL, Fitzgerald RL. Longitudinal Monitoring of SARS-CoV-2 IgM and IgG Seropositivity to Detect COVID-19. *J Appl Lab Med* [Internet]. [citado 6 de junio de 2020]; Disponible en: <https://academic.oup.com/jalm/advance-article/doi/10.1093/jalm/jfaa079/5840731>
39. Thevenon O, Adema W. Combatting COVID 19 effect on children. OECD; 2020 may.
40. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for

- mental health science. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 15 de abril de 2020 [citado 22 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7159850/>
41. Yip PSF, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*. 2010;31(2):86-92.
 42. Tsang HWH, Scudds RJ, Chan EYL. Psychosocial Impact of SARS. *Emerg Infect Dis*. julio de 2004;10(7):1326-7.
 43. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2 de marzo de 2004;170(5):793-8.
 44. Liu Y, Cao L, Li X, Jia Y, Xia H. Awareness of mental health problems in patients with coronavirus disease 19 (COVID-19): A lesson from an adult man attempting suicide. *Asian J Psychiatry*. junio de 2020;51:102106.
 45. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol*. 2009;28(1):91-100.
 46. Jeong H, Yim HW, Song Y-J, Ki M, Min J-A, Cho J, et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health* [Internet]. 5 de noviembre de 2016 [citado 14 de junio de 2020];38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5177805/>
 47. 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 Lond Engl*. 14 de 2020;395(10227):912-20.
 48. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*. 21 de abril de 2020;
 49. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain [Internet]. *PsyArXiv*; 2020 abr [citado 23 de abril de 2020]. Disponible en: <https://osf.io/5bpfz>
 50. IPSOS. Covid-19: ¿Cuáles son los efectos psicológicos del aislamiento? [Internet]. 2020 abr [citado 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-es/covid-19-cuales-son-los-efectos-psicologicos-del-aislamiento>
 51. Golberstein E, Wen H, Miller BF. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA Pediatr* [Internet]. 14 de abril de 2020 [citado 18 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764730>
 52. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 1 de abril de 2020;7(4):e21.
 53. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr* [Internet]. 24 de abril de 2020 [citado 25 de abril de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>

54. Lee S, Chan LYY, Chau AMY, Kwok KPS, Kleinman A. The experience of SARS-related stigma at Amoy Gardens. *Soc Sci Med* 1982. noviembre de 2005;61(9):2038-46.
55. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect.* julio de 2008;136(7):997-1007.
56. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry.* enero de 2012;53(1):15-23.
57. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* julio de 2004;10(7):1206-12.
58. Pellicchia U, Crestani R, Decroo T, Van den Bergh R, Al-Kourdi Y. Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. *PLoS ONE* [Internet]. 9 de diciembre de 2015 [citado 14 de junio de 2020];10(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674104/>
59. Marjanovic Z, Greenglass ER, Coffey S. The relevance of psychosocial variables and working conditions in predicting nurses' coping strategies during the SARS crisis: An online questionnaire survey. *Int J Nurs Stud.* agosto de 2007;44(6):991-8.
60. Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: Data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health* [Internet]. diciembre de 2008 [citado 23 de mayo de 2020];8(1). Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-347>
61. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. *Can J Psychiatry.* mayo de 2009;54(5):302-11.
62. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol Abuse/Dependence Symptoms Among Hospital Employees Exposed to a SARS Outbreak. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf.* 2008;43(6):706-12.
63. Wang Y, Xu B, Zhao G, Cao R, He X, Fu S. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry.* enero de 2011;33(1):75-7.
64. Shields GS, Spahr CM, Slavich GM. Psychosocial Interventions and Immune System Function: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 3 de junio de 2020 [citado 4 de junio de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2766707>
65. Yahya AS, Khawaja S, Chukwuma J. The Impact of COVID-19 in Psychiatry. *Prim Care Companion CNS Disord* [Internet]. 16 de abril de 2020 [citado 28 de mayo de 2020];22(2). Disponible en: <http://www.psychiatrist.com/PCC/article/Pages/2020/v22n02/20I02627.aspx>
66. Blendon RJ, Benson JM, DesRoches CM, Raleigh E, Taylor-Clark K. The Public's Response to Severe Acute Respiratory Syndrome in Toronto and the United States. *Clin Infect Dis.* 1 de abril de 2004;38(7):925-31.

67. Dong M, Zheng J. Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. *Health Expect.* abril de 2020;23(2):259-60.
68. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS One.* 2020;15(4):e0231924.
69. Chatterjee K, Chauhan VS. Epidemics, quarantine and mental health. *Med J Armed Forces India.* 22 de abril de 2020;
70. Wagner KD. Addressing the Experience of Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 21 de abril de 2020 [citado 13 de mayo de 2020];81(3). Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2020/v81/20ed13394.aspx>
71. Hyvärinen J, Vos M. Communication Concerning Disasters and Pandemics. En: *The Handbook of International Crisis Communication Research* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2016 [citado 17 de mayo de 2020]. p. 96-107. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118516812.ch10>
72. Kang C, Meng F, Feng Q, Yuan J, Liu L, Xu L, et al. Implementation of quarantine in China during the outbreak of COVID-19. *Psychiatry Res.* 30 de abril de 2020;289:113038.
73. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health: *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 16 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020915212>
74. Purgato M, Gross AL, Betancourt T, Bolton P, Bonetto C, Gastaldon C, et al. Focused psychosocial interventions for children in low-resource humanitarian settings: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2018;6(4):e390-400.
75. Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. *Int J Soc Psychiatry.* 29 de abril de 2020;002076402092226.
76. Royo JP. ¿Por qué lo llaman distancia social cuando es distancia física? [Internet]. *eldiario.es.* [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.eldiario.es/contracorriente/llaman-distancia_social-fisica_6_1013558645.html
77. Rashid H, Ridda I, King C, Begun M, Tekin H, Wood JG, et al. Evidence compendium and advice on social distancing and other related measures for response to an influenza pandemic. *Paediatr Respir Rev.* marzo de 2015;16(2):119-26.
78. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. *J Clin Psychiatry.* 14 de abril de 2020;81(3):0-0.
79. Kuzman MR, Curkovic M, Wasserman D. Principles of mental health care during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 20 de mayo de 2020;1-11.
80. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry.* febrero de 2007;64(2):234-40.
81. Stickley A, Koyanagi A. Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: Findings from a general population survey. *J Affect Disord.* junio de 2016;197:81-7.

82. Cacioppo JT, Patrick W. Loneliness: Human nature and the need for social connection. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2008. xiv, 317 p. (Loneliness: Human nature and the need for social connection).
83. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. J Clin Diagn Res JCDR. septiembre de 2014;8(9):WE01-4.
84. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 3 de junio de 2020 [citado 10 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267797/>
85. Jeste DV, Lee EE, Cacioppo S. Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions. JAMA Psychiatry [Internet]. 4 de marzo de 2020 [citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://jama.publicaciones.saludcastillayleon.es:443/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2762469>
86. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 mar [citado 18 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
87. Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet Lond Engl. 07 de 2020;395(10226):809-15.
88. WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. 2020 mar. Report No.: second edition (version 1.2).
89. Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. Am J Obstet Gynecol. julio de 2004;191(1):292-7.
90. Alfaraj SH, Al-Tawfiq JA, Memish ZA. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infection during pregnancy: Report of two cases & review of the literature. J Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi. junio de 2019;52(3):501-3.
91. Yang Z, Wang M, Zhu Z, Liu Y. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med. 30 de abril de 2020;0(0):1-4.
92. Liang H, Acharya G. Novel corona virus disease (COVID-19) in pregnancy: What clinical recommendations to follow? Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(4):439-42.
93. Mullins E, Evans D, Viner RM, O'Brien P, Morris E. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. mayo de 2020;55(5):586-92.
94. Zaigham M, Andersson O. Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand. 7 de abril de 2020;
95. Fan C, Lei D, Fang C, Li C, Wang M, Liu Y, et al. Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am

- [Internet]. 17 de marzo de 2020 [citado 5 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184438/>
96. Zhu H, Wang L, Fang C, Peng S, Zhang L, Chang G, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr.* 10 de febrero de 2020;9(1):51-60-60.
 97. Breslin N, Baptiste C, Miller R, Fuchs K, Goffman D, Gyamfi-Bannerman C, et al. COVID-19 in pregnancy: early lessons. *Am J Obstet Gynecol MFM.* marzo de 2020;100111.
 98. Dashraath P, Wong JIJ, Lim MXK, Lim LM, Li S, Biswas A, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. marzo de 2020 [citado 5 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937820303434>
 99. CDC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2020 [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>
 100. RCOG, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Public Health Scotland. Coronavirus (COVID-19) infection and pregnancy [Internet]. 2020 [citado 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirus-pregnancy/>
 101. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *Lancet Lond Engl.* 2020;395(10226):760-2.
 102. Gobierno Central y el Cuerpo de Producción y Construcción de Xinjiang. Aviso de la Comisión Nacional de Salud de la República Popular de China sobre el fortalecimiento del tratamiento de la enfermedad materna y la partería segura durante la prevención y el control de la nueva neumonía por coronavirus. [Internet]. 2020 feb. Disponible en: <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/4f80657b346e4d6ba76e2cfc3888c630.shtml>
 103. Stower H. Lack of maternal-fetal SARS-CoV-2 transmission. *Nat Med.* 2020;26(3):312.
 104. Kimberlin DW, Stagno S. Can SARS-CoV-2 Infection Be Acquired In Utero?: More Definitive Evidence Is Needed. *JAMA* [Internet]. 26 de marzo de 2020 [citado 26 de abril de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763851>
 105. las 05:02 C abril 11 2020 a. Mi «plan de coronavirus» para parto y lactancia [Internet]. Ibone Olza. 2020 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://iboneolza.org/2020/03/14/mi-plan-de-coronavirus-para-parto-y-lactancia/>
 106. Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet.* abril de 2020;395(10231):e64.
 107. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ.* 27 de 2020;369:m1557.
 108. World Health Organization (WHO). Reducing transmission of pandemic (H1N1) 2009 in school settings [Internet]. 2009 sep [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en:

https://www.who.int/csr/resources/publications/reducing_transmission_h1n1_2009.pdf

109. Brooks SK, Smith LE, Webster RK, Weston D, Woodland L, Hall I, et al. The impact of unplanned school closure on children's social contact: rapid evidence review. *Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull.* abril de 2020;25(13).
110. Gottman J. The effects of a modeling film on social isolation in preschool children: A methodological investigation. *J Abnorm Child Psychol.* 1977;5(1):69-78.
111. Vernberg EM. Psychological adjustment and experiences with peers during early adolescence: Reciprocal, incidental, or unidirectional relationships? *J Abnorm Child Psychol.* abril de 1990;18(2):187-98.
112. van der Wilt F, van der Veen C, van Kruistum C, van Oers B. Why Do Children Become Rejected by Their Peers? A Review of Studies into the Relationship Between Oral Communicative Competence and Sociometric Status in Childhood. *Educ Psychol Rev.* 1 de septiembre de 2019;31(3):699-724.
113. Effler PV, Carcione D, Giele C, Dowse GK, Goggin L, Mak DB. Household Responses to Pandemic (H1N1) 2009-related School Closures, Perth, Western Australia. *Emerg Infect Dis.* febrero de 2010;16(2):205-11.
114. Braunack-Mayer A, Tooher R, Collins JE, Street JM, Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. *BMC Public Health.* 15 de abril de 2013;13:344.
115. Poletti M, Raballo A. Letter to the editor: Evidence on school closure and children's social contact: useful for coronavirus disease (COVID-19)? *Eurosurveillance [Internet].* 30 de abril de 2020 [citado 16 de mayo de 2020];25(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201951/>
116. Treyvaud K, Spittle A, Anderson PJ, O'Brien K. A multilayered approach is needed in the NICU to support parents after the preterm birth of their infant. *Early Hum Dev.* 1 de diciembre de 2019;139:104838.
117. Biagianti B, Quraishi SH, Schlosser DA. Potential Benefits of Incorporating Peer-to-Peer Interactions Into Digital Interventions for Psychotic Disorders: A Systematic Review. *Psychiatr Serv Wash DC.* 01 de 2018;69(4):377-88.
118. Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 1 de marzo de 2003;40(3):321-32.
119. Niño MD, Cai T, Ignatow G. Social isolation, drunkenness, and cigarette use among adolescents. *Addict Behav.* 1 de febrero de 2016;53:94-100.
120. Yip PSF, Chau PH. Physical Distancing and Emotional Closeness Amidst COVID-19. *Crisis.* 17 de abril de 2020;41(3):153-5.
121. Kim MA, Park JH, Park HJ, Yi J, Ahn E, Kim SY, et al. Experiences of peer exclusion and victimization, cognitive functioning, and depression among adolescent cancer survivors in South Korea. *Am J Orthopsychiatry.* 2018;88(4):441-9.
122. Heithaus JL, Twyman KA, Braddock BA. Ostracism and Peer Victimization in Adolescents With and Without Mental Health Diagnoses in a Public Middle School Setting. *Clin Pediatr (Phila).* diciembre de 2017;56(14):1301-11.

123. Kaufman TML, Kretschmer T, Huising G, Veenstra R. Why Does a Universal Anti-Bullying Program Not Help All Children? Explaining Persistent Victimization During an Intervention. *Prev Sci.* 1 de agosto de 2018;19(6):822-32.
124. Rubin KH. Nonsocial Play in Preschoolers: Necessarily Evil? *Child Dev.* 1982;53(3):651-7.
125. Douglas LJ, Jackson D, Woods C, Usher K. Rewriting stories of trauma through peer-to-peer mentoring for and by at-risk young people. *Int J Ment Health Nurs.* 2019;28(3):744-56.
126. Kingod N, Cleal B, Wahlberg A, Husted GR. Online Peer-to-Peer Communities in the Daily Lives of People With Chronic Illness: A Qualitative Systematic Review. *Qual Health Res.* enero de 2017;27(1):89-99.
127. Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ.* 13 de mayo de 2004;328(7449):1166.
128. Pakpour V, Ghafourifard M, Salimi S. Iranian Nurses' Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *J Caring Sci.* 1 de junio de 2019;8(2):111-6.
129. de la Cruz MSD, Kopec MT, Wimsatt LA. Resident Perceptions of Giving and Receiving Peer-to-Peer Feedback. *J Grad Med Educ.* junio de 2015;7(2):208-13.
130. Keynejad RC. Global health partnership for student peer-to-peer psychiatry e-learning: Lessons learned. *Glob Health.* 03 de 2016;12(1):82.
131. Ryiz-Semmel J, France M, Bradshaw R, Khan M, Mulholland B, Meucci J, et al. Design and Implementation of a Face-to-Face Peer Feedback Program for Ambulatory Nursing. *J Nurs Adm.* marzo de 2019;49(3):143-9.
132. Audrain-Pontevia A-F, Menvielle L, Ertz M. Effects of Three Antecedents of Patient Compliance for Users of Peer-to-Peer Online Health Communities: Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res.* 11 de noviembre de 2019;21(11):e14006.
133. UNSDG. Policy Brief: The Impact of COVID-19 on children [Internet]. 2020 abr [citado 1 de junio de 2020]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-children>
134. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(1):46-59.
135. Bland SH, O'Leary ES, Farinero E, Jossa F, Trevisan M. Long-term psychological effects of natural disasters. *Psychosom Med.* febrero de 1996;58(1):18-24.
136. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci.* 2011;13(3):263-78.
137. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry.* junio de 2010;167(6):640-7.
138. Alvarez J, Hunt M. Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *J Trauma Stress.* octubre de 2005;18(5):497-505.

139. L.Cerniglia, L.Cerniglia, Pisano L, Meloni C. An exploratory survey on the emotional-adaptive functioning of children aged 4 to 10 years during Covid-19: the opinion of 1399 parents living in the Italian provinces of Piacenza, Bergamo, Lodi and Cremona. 2020;128623 Bytes.
140. Espada JP, Orgilés M, Piqueras JA, Morales A. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica Salud*. enero de 2020;00-00.
141. Bartlet J, Griffin J, Thomson D. Resources for Supporting Children’s Emotional Well-being during the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic>
142. Crawley E, Loades M, Feder G, Logan S, Redwood S, Macleod J. Wider collateral damage to children in the UK because of the social distancing measures designed to reduce the impact of COVID-19 in adults. *BMJ Paediatr Open*. mayo de 2020;4(1):e000701.
143. Ghosh R, Dubey M, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*. 13 de mayo de 2020;72.
144. Buheji M, Jahrami H, Cunha K, Ebrahim A. Children and Coping During COVID-19: A Scoping Review of Bio-Psycho-Social Factors. 7 de mayo de 2020;8-15.
145. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 27 de marzo de 2020;
146. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* [Internet]. abril de 2020 [citado 21 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352464220301097>
147. 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*. marzo de 2020;395(10228):945-7.
148. Kar SK, Yasir Arafat SM, Kabir R, Sharma P, Saxena SK. Coping with Mental Health Challenges During COVID-19. En: Saxena SK, editor. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2020 [citado 21 de mayo de 2020]. p. 199-213. (Medical Virology: From Pathogenesis to Disease Control). Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-981-15-4814-7_16
149. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Chandler JL, Randel AB, Turner-McGrievy GM, et al. Children’s Moderate to Vigorous Physical Activity Attending Summer Day Camps. *Am J Prev Med*. julio de 2017;53(1):78-84.
150. Zhang J, Shuai L, Yu H, Wang Z, Qiu M, Lu L, et al. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatry*. junio de 2020;51:102077.
151. Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, Cellini N. The interplay between mothers’ and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study [Internet]. *PsyArXiv*; 2020 abr [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://osf.io/dqk7h>
152. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, 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*. 6 de marzo de 2020;17(5):1729.

153. Yuan S, Liao Z, Huang H, Jiang B, Zhang X, Wang 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 Int Med J Exp Clin Res*. 15 de abril de 2020;26:e923767-1-e923767-10.
154. Rubens SL, Felix ED, Hambrick EP. A Meta-Analysis of the Impact of Natural Disasters on Internalizing and Externalizing Problems in Youth: Natural Disasters and Mental Health in Youth. *J Trauma Stress*. junio de 2018;31(3):332-41.
155. Mashiko H, Yabe H, Maeda M, Itagaki S, Kunii Y, Shiga T, et al. Mental Health Status of Children After the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident. *Asia Pac J Public Health*. marzo de 2017;29(2_suppl):131S-138S.
156. Arlanzón E, Cabrera CE, García N, Pireto P, Rey P, Robles M, et al. Guía para trabajar el duelo con personas que sufren una pérdida en tiempos de coronavirus [Internet]. 2020 [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.educa.jcyl.es/educacyl/cm/crol/pdfCrol?idMmedia=1394995>
157. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. abril de 2020 [citado 21 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S188898912030029X>
158. Moore K, Tullok O, Ripoll S. Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-dying-bereavement-mortuary-funerary-practices-context-covid-19/>
159. Campaña CMB «El Camino del Duelo» 2017 - COLEGIO DE MÉDICOS DE BIZKAIA [Internet]. [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cmb.eus/campana-cmb-camino-duelo-2017>
160. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. mayo de 2020;4(5):346-7.
161. UNICEF. How to talk to your child about coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/coronavirus/how-talk-your-child-about-coronavirus-covid-19>
162. OMS. Como ayudar a los niños y las niñas a afrontar el estrés durante el brote de coronavirus. [Internet]. [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7033_d_AyudarNiñosEstres-Coronavirus.pdf
163. Australian Centre for Grief and Bereavement. Social Support and Bereavement during the Coronavirus (COVID) Outbreak [Internet]. 2020 [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.childrensgriefcentre.ie/wp-content/uploads/2020/04/Social-Support-and-Bereavement-during-the-Coronavirus-Outbreak.pdf>
164. SPi. Recomendaciones de la Sociedad de Psiquiatría Infantil para niños y sus familiares sobre la pandemia de SARS-CoV2 | Asociación Española de Pediatría

[Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2020 mar [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/noticias/recomendaciones-sociedad-psiQUIATRIA-infantil-ninos-y-sus-familiares-sobre-pandemia-sars-cov2>

165. Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annu Rev Clin Psychol*. 28 de marzo de 2011;7(1):511-35.
166. Chen M-H, Su T-P, Chen Y-S, Hsu J-W, Huang K-L, Chang W-H, et al. Comorbidity of allergic and autoimmune diseases in patients with autism spectrum disorder: A nationwide population-based study. *Res Autism Spectr Disord*. febrero de 2013;7(2):205-12.
167. Vaz I. Improving the management of children with learning disability and autism spectrum disorder when they attend hospital: Editorial. *Child Care Health Dev*. noviembre de 2010;36(6):753-5.
168. Cox DJ, Plavnick JB, Brodhead MT. A Proposed Process for Risk Mitigation During the COVID-19 Pandemic. *Behav Anal Pract* [Internet]. 23 de abril de 2020 [citado 22 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40617-020-00430-1>
169. Tan LF, Seetharaman S. Preventing the Spread of COVID-19 to Nursing Homes: Experience from a Singapore Geriatric Centre. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(5):942-942.
170. Iacobucci G. Covid-19: Lack of PPE in care homes is risking spread of virus, leaders warn. *BMJ*. 27 de marzo de 2020;m1280.
171. Meier SM, Petersen L, Schendel DE, Mattheisen M, Mortensen PB, Mors O. Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk. *PLoS ONE* [Internet]. 11 de noviembre de 2015 [citado 18 de junio de 2020];10(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4641696/>
172. Cohen D. Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et d'adolescent. *L'Encephale* [Internet]. 13 de mayo de 2020 [citado 18 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7218362/>
173. Narzisi A. Handle the Autism Spectrum Condition During Coronavirus (COVID-19) Stay At Home period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. *Brain Sci*. 1 de abril de 2020;10(4):207.
174. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* [Internet]. 13 de abril de 2020 [citado 22 de mayo de 2020]; Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2008017>
175. Fraiberg S. Pathological Defenses in Infancy. *Psychoanal Q*. 1 de octubre de 1982;51(4):612-35.
176. Thillay A, Lemaire M, Roux S, Houy-Durand E, Barthélémy C, Knight RT, et al. Atypical Brain Mechanisms of Prediction According to Uncertainty in Autism. *Front Neurosci* [Internet]. 8 de julio de 2016 [citado 18 de junio de 2020];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4937033/>
177. Swartz JR, Wiggins JL, Carrasco M, Lord C, Monk CS. Amygdala habituation and prefrontal functional connectivity in youth with autism spectrum disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. enero de 2013;52(1):84-93.

178. Rodgers J, Freeston M, Herrema R. Coping with Uncertainty in Uncertain times [Internet]. University of Newcastle; 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://research.ncl.ac.uk/neurodisability/leafletsandmeasures/copingwithuncertain%20inuncertain%20times/Coping%20with%20Uncertainty%20in%20Uncertain%20times.pdf>
179. MENCAP. Coronavirus (COVID-19).Take a look at our information and resources on the coronavirus (COVID-19). [Internet]. Mencap. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.mencap.org.uk/advice-and-support/coronavirus-covid-19>
180. The Challenging Behaviour Foundation. COVID-19 - Information and resources [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.challengingbehaviour.org.uk/information/covid19information.html>
181. COVID-19 information and resources for families [Internet]. Autism Speaks. [citado 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.autismspeaks.org/covid-19-information-and-resources-families>
182. AETAPI. AUTISMO Y CORONAVIRUS: 20 consejos para sobrellevar el aislamiento [Internet]. AETAPI. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <http://aetapi.org/autismo-coronavirus/>
183. Hospital Sant Joan de Déu. Trastorno del espectro del autismo y coronavirus: información para familias [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/trastorno-espectro-autismo-coronavirus-informacion-familias>
184. Carrilet. COVID-19: ORIENTACIONS A LES FAMÍLIES a CARRILET [Internet]. [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <http://ca.carrilet.org/2020/03/covid-19-orientacions-a-les-families/>
185. Learning Disability Senate. Resources to support families / carers of people with learning disabilities through the Coronavirus restrictions [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.bild.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/LD-Senate-Coronavirus-resources-for-use-by-families-27.3.2020.pdf>
186. Green P. Risks to children and young people during covid-19 pandemic. BMJ. 28 de abril de 2020;m1669.
187. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. (OPS/NMH/MH/COVID-19). Report No.: 20-0009. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52026/OPSNMHCOVID19200009_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
188. Flynn M, Hollins S. Acting on the lessons of Winterbourne View Hospital. BMJ. 9 de enero de 2013;346(jan09 2):f18-f18.
189. Dion J, Paquette G, Tremblay K-N, Collin-Vézina D, Chabot M. Child Maltreatment Among Children With Intellectual Disability in the Canadian Incidence Study. Am J Intellect Dev Disabil. marzo de 2018;123(2):176-88.
190. Autismo España. Propuestas para la recuperación de la actividad en la red de entidades y servicios especializados para personas con trastorno del espectro del autismo y sus familias. [Internet]. 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en:

http://www.autismo.org.es/sites/default/files/documentodesescaladaautismoespana_editarpdf.pdf

191. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 25 de marzo de 2020;m1182.
192. de Souza AS, de Oliveira-Szjenfeld PS, de Oliveira Melo AS, de Souza LAM, Batista AGM, Tovar-Moll F. Imaging findings in congenital Zika virus infection syndrome: an update. *Childs Nerv Syst*. enero de 2018;34(1):85-93.
193. Hall CL, Moldavsky M, Baldwin L, Marriott M, Newell K, Taylor J, et al. The use of routine outcome measures in two child and adolescent mental health services: a completed audit cycle. *BMC Psychiatry* [Internet]. diciembre de 2013 [citado 27 de mayo de 2018];13(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-270>
194. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*. marzo de 2015;10(2):227-37.
195. McIntyre RS, Lee Y. Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. junio de 2020;19(2):250-1.
196. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1231-8.
197. Mamun MA, Griffiths MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J Psychiatry*. junio de 2020;51:102073.
198. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 21 de abril de 2020;
199. Razai MS, Oakeshott P, Kankam H, Galea S, Stokes-Lampard H. Mitigating the psychological effects of social isolation during the covid-19 pandemic. *BMJ* [Internet]. 21 de mayo de 2020 [citado 23 de mayo de 2020];369. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1904>
200. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. mayo de 2020;7(5):389-90.
201. Walsh O, McNicholas F. Assessment and Management of Anorexia Nervosa during COVID-19. *Ir J Psychol Med*. 21 de mayo de 2020;1-8.
202. Mannix R, Lee LK, Fleegler EW. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Firearms in the United States: Will an Epidemic of Suicide Follow? *Ann Intern Med* [Internet]. 22 de abril de 2020 [citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M20-1678>
203. Griffiths MD, Mamun MA. COVID-19 suicidal behavior among couples and suicide pacts: Case study evidence from press reports. *Psychiatry Res* [Internet]. 16 de mayo de 2020 [citado 24 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229970/>

204. Brietzke E, Magee T, Freire RCR, Gomes FA, Milev R. Three insights on psychoneuroimmunology of mood disorders to be taken from the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun - Health*. 22 de abril de 2020;100076.
205. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'Encephale*. 22 de abril de 2020;
206. Devitt P. Can We Expect an Increased Suicide Rate Due to Covid-19? *Ir J Psychol Med*. 21 de mayo de 2020;1-15.
207. Brown S, Schuman DL. Suicide in the Time of COVID-19: A Perfect Storm. *J Rural Health* [Internet]. [citado 24 de mayo de 2020];n/a(n/a). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jrh.12458>
208. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al. Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During «Social Distancing» Restrictions. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 18 de mayo de 2020;
209. Klomek AB. Suicide prevention during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):390.
210. Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Med*. 25 de abril de 2020;70:124.
211. Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? *Acta Neuropsychiatr*. 4 de mayo de 2020;1.
212. Thakur V, Jain A. COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain Behav Immun*. 23 de abril de 2020;
213. Júnior JG, Moreira MM, Pinheiro WR, de Amorim LM, Lima CKT, da Silva CGL, et al. The mental health of those whose rights have been taken away: an essay on the mental health of indigenous peoples in the fase of the 2019 coronavirus (2019-NCov) outbreak. *Psychiatry Res*. 13 de mayo de 2020;113094.
214. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 1 de abril de 2020;7(4):e17-8.
215. Glowinski AL, DAmelio G. Depression Is a Deadly Growing Threat to Our Youth: Time to Rally. *PEDIATRICS*. 1 de diciembre de 2016;138(6):e20162869-e20162869.
216. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de junio de 2005;62(6):593.
217. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 1 de agosto de 2003;60(8):837-44.
218. Sugawara M, Mukai T, Kitamura T, Toda MA, Shima S, Tomoda A, et al. Psychiatric Disorders Among Japanese Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. abril de 1999;38(4):444-52.
219. Xiaoli Y, Chao J, Wen P, Wenming X, Fang L, Ning L, et al. Prevalence of Psychiatric Disorders among Children and Adolescents in Northeast China. *PLOS ONE*. 31 de octubre de 2014;9(10):e111223.

220. Hu M, Zheng L, Xia Q, Deng Y, Hu G, Sun Z. An Investigation into the Prevalence and Related Factors of Anxiety in Middle School Students of Hunan Province. *Chin J Clin Psychol.* 2007;15(6):592-594,597.
221. Wan P, Sun Y, Jin Z, Shao L. Characteristics of anxiety and the related risk factors among adolescent students in Dalian City. *Chin J Behav Med Sci.* 2005;14(5):436-8.
222. Mojtabai R, Olfson M, Han B. National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults. *PEDIATRICS.* 1 de diciembre de 2016;138(6):e20161878-e20161878.
223. Rao W-W, Xu D-D, Cao X-L, Wen S-Y, Che W-I, Ng CH, et al. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: A meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Res.* 2019;272:790-6.
224. Elsayed NM, Fields KM, Olvera RL, Williamson DE. The role of familial risk, parental psychopathology, and stress for first-onset depression during adolescence. *J Affect Disord.* junio de 2019;253:232-9.
225. Pham S, Porta G, Biernesser C, Walker Payne M, Iyengar S, Melhem N, et al. The Burden of Bereavement: Early-Onset Depression and Impairment in Youths Bereaved by Sudden Parental Death in a 7-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry.* 01 de 2018;175(9):887-96.
226. 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 Int Med J Exp Clin Res.* 20 de marzo de 2020;26:e923921-1-e923921-8.
227. Kmietowicz Z. Covid-19: Highest risk patients are asked to stay at home for 12 weeks. *BMJ [Internet].* 23 de marzo de 2020 [citado 15 de junio de 2020];368. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1170>
228. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* mayo de 2020;287:112934.
229. Zhou S-J, Zhang L-G, Wang L-L, Guo Z-C, Wang J-Q, Chen J-C, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 3 de mayo de 2020 [citado 14 de junio de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
230. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun [Internet].* 25 de mayo de 2020 [citado 14 de junio de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120308916>
231. Bults M, Beaujean DJMA, Richardus JH, Voeten HACM. Perceptions and Behavioral Responses of the General Public During the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic: A Systematic Review. *Disaster Med Public Health Prep.* abril de 2015;9(2):207-19.
232. Courtenay K, Perera B. COVID-19 and People with Intellectual Disability: impacts of a pandemic. *Ir J Psychol Med.* 14 de mayo de 2020;1-21.
233. Tummers J, Catal C, Tobi H, Tekinerdogan B, Leusink G. Coronaviruses and people with intellectual disability: an exploratory data analysis. *J Intellect Disabil Res*

- [Internet]. 27 de abril de 2020 [citado 10 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264798/>
234. Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health*. mayo de 2020;5(5):e243-4.
235. Beaman A, Davidson PM. Service learning and COVID-19 – what the future might look like? *J Clin Nurs* [Internet]. [citado 10 de junio de 2020];n/a(n/a). Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.15369>
236. Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord*. 2020;8:19.
237. Shingleton RM, Richards LK, Thompson-Brenner H. Using technology within the treatment of eating disorders: A clinical practice review. *Psychotherapy*. 2013;50(4):576-82.
238. Anastasiadou D, Folkvord F, Brugnera A, Cañas Vinader L, SerranoTroncoso E, Carretero Jardí C, et al. An mHealth intervention for the treatment of patients with an eating disorder: A multicenter randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 8 de mayo de 2020;
239. Graell M., M, Moron-Nozaleda M, Camarneiro R, Villaseñor A, Yañez S, Muñoz R, et al. Child and Adolescent With Eating Disorders During Covid-19 Confinement: Difficulties And Future Challenges. *Eu Eat Disord Rev*. In press de 2020;
240. Geng F, Liang Y, Shi X, Fan F. A Prospective Study of Psychiatric Symptoms Among Adolescents After the Wenchuan Earthquake. *J Trauma Stress*. 2018;31(4):499-508.
241. Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *J Clin Med* [Internet]. 1 de noviembre de 2019 [citado 10 de junio de 2020];8(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912831/>
242. Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, McLay JS, Clark D, King A, et al. Educational and Health Outcomes of Children Treated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Pediatr* [Internet]. julio de 2017 [citado 10 de junio de 2020];171(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6583483/>
243. Matthews T, Danese A, Wertz J, Ambler A, Kelly M, Diver A, et al. Social Isolation and Mental Health at Primary and Secondary School Entry: A Longitudinal Cohort Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2015;54(3):225-32.
244. Cortese S, Asherson P, Sonuga-Barke E, Banaschewski T, Brandeis D, Buitelaar J, et al. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 de junio de 2020;4(6):412-4.
245. Cortese S, Coghill D, Santosh P, Hollis C, Simonoff E. Starting ADHD medications during the COVID-19 pandemic: recommendations from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 de junio de 2020;4(6):e15.
246. McGrath J. ADHD and Covid-19: Current roadblocks and future opportunities. *Ir J Psychol Med*. undefined/ed;1-22.
247. Glover G, Williams R, Heslop P, Oyinlola J, Grey J. Mortality in people with intellectual disabilities in England. *J Intellect Disabil Res JIDR*. 2017;61(1):62-74.

248. O'Leary L, Cooper S-A, Hughes-McCormack L. Early death and causes of death of people with intellectual disabilities: A systematic review. *J Appl Res Intellect Disabil*. mayo de 2018;31(3):325-42.
249. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med* [Internet]. 10 de abril de 2020 [citado 22 de mayo de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764404>
250. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med*. septiembre de 2012;42(9):1857-63.
251. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. *L'Encephale*. 22 de abril de 2020;
252. Abel KM, Heuvelman HP, Jørgensen L, Magnusson C, Wicks S, Susser E, et al. Severe bereavement stress during the prenatal and childhood periods and risk of psychosis in later life: population based cohort study. *BMJ* [Internet]. 21 de enero de 2014 [citado 16 de junio de 2020];348. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.f7679>
253. Arango C, Fraguas D, Castro-Fornieles J. Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia: informe de consenso en recomendaciones. Barcelona: Centro de Investigación Biomédica en Red; 2015.
254. Valdés-Flrido MJ, López-Díaz Á, Palermo-Zeballos FJ, Martínez-Molina I, Martín-Gil VE, Crespo-Facorro B, et al. Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: Clinical perspectives from a case series. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 27 de abril de 2020;
255. Chang C-H, Chang Y-C, Tzang R-F. Childhood psychosis after H1N1 influenza. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;27(1):e87-89.
256. Brown E, Gray R, Lo Monaco S, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res* [Internet]. 6 de mayo de 2020 [citado 20 de junio de 2020]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200363/>
257. Hu W, Su L, Qiao J, Zhu J, Zhou Y. COVID-19 outbreak increased risk of schizophrenia in aged adults. *ChinaXiv:20200300003* [Internet]. 29 de febrero de 2020 [citado 20 de junio de 2020]; Disponible en: <http://www.chinaxiv.org/abs/202003.00003>
258. Zulkifli NA, Sivapatham S, Guan NC. Brief Psychotic Disorder in Relation to Coronavirus, COVID-19 Outbreaks: A Case Report. *Malays J Psychiatry* [Internet]. 16 de marzo de 2020 [citado 20 de junio de 2020];29(1). Disponible en: <https://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/view/534>
259. Severance EG, Dickerson FB, Viscidi RP, Bossis I, Stallings CR, Origoni AE, et al. Coronavirus Immunoreactivity in Individuals With a Recent Onset of Psychotic Symptoms. *Schizophr Bull*. 1 de enero de 2011;37(1):101-7.
260. Maguire PA, Reay RE, Looi JC. Nothing to sneeze at – uptake of protective measures against an influenza pandemic by people with schizophrenia: willingness and perceived barriers. *Australas Psychiatry*. abril de 2019;27(2):171-8.

261. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*. enero de 2013;70(1):107-20.
262. DeLuca JS, Andorko ND, Chibani D, Jay SY, Rakhshan Rouhakhtar PJ, Petti E, et al. Telepsychotherapy with youth at clinical high risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic. *J Psychother Integr*. junio de 2020;30(2):304-31.
263. Alvarez-Jimenez M, Bendall S, Lederman R, Wadley G, Chinnery G, Vargas S, et al. On the HORYZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophr Res*. enero de 2013;143(1):143-9.
264. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *Lancet Psychiatry*. junio de 2020;7(6):e29-30.
265. Yao H, Chen J-H, Zhao M, Qiu J-Y, Koenen KC, Stewart R, et al. Mitigating mental health consequences during the COVID-19 outbreak: Lessons from China. *Psychiatry Clin Neurosci*. 3 de mayo de 2020;
266. Kaufman KR, Petkova E, Bhui KS, Schulze TG. A global needs assessment in times of a global crisis: world psychiatry response to the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*. 6 de abril de 2020;6(3):e48.
267. Pang P-F. The Impact of SARS on Psychiatric Services: Report From Hong Kong. *Psychiatr Times*. 1 de abril de 2004;(4):108-108.
268. Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*. 3 de abril de 2020;
269. WHO Regional Office for Europe. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention [Internet]. Copenhagen Ø, Denmark; 2020 mar [citado 7 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1
270. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (UNICEF). Technical Note: COVID-19 and Children Deprived of their Liberty [Internet]. [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: https://alliancecpa.org/en/system/tdf/library/attachments/interagency_covid19_and_children_deprived_of_their_liberty_sp.pdf?file=1&type=node&id=37576
271. Dyer O. Covid-19: Black people and other minorities are hardest hit in US. *BMJ* [Internet]. 14 de abril de 2020 [citado 25 de mayo de 2020];369. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1483>
272. Rosenthal DM, Ucci M, Heys M, Hayward A, Lakhampaul M. Impacts of COVID-19 on vulnerable children in temporary accommodation in the UK. *Lancet Public Health*. mayo de 2020;5(5):e241-2.
273. Fernández del Valld J. ACRC (Conferencia Norteamericana de Acogimiento Residencial) Multi Country Update on COVID-19: Spain [Internet]. 2020 [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: <https://vimeo.com/404595099>
274. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) [Internet]. Observatorio Español de las Drogas y las

- Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm
275. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.; 2017.
276. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre adicciones comportamentales [Internet]. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_adicciones_comportamentales_2.pdf
277. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). Association American Psychiatric. American Psychiatric Pub; 2013.
278. OMS. CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad [Internet]. 2019 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
279. Wong ILK. Gambling Behavior Among Underage Adolescents in Hong Kong. *Asian J Gambl Issues Public Health*. 1 de octubre de 2010;1(1):47-60.
280. Pantling A. Gaming Usage Up 75 Percent Amid Coronavirus Outbreak, Verizon Reports [Internet]. *The Hollywood Reporter*. [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.hollywoodreporter.com/news/gaming-usage-up-75-percent-coronavirus-outbreak-verizon-reports-1285140>
281. Lepido D, Rolander N. Fortnite Gamers Stuck at Home Strain Italy's Network - Bloomberg [Internet]. [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-12/housebound-italian-kids-strain-network-with-fortnite-marathon>
282. Stephen B. This is Twitch's moment [Internet]. *The Verge*. 2020 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.theverge.com/2020/3/18/21185114/twitch-youtube-livestreaming-streamelements-coronavirus-quarantine-viewership-numbers>
283. Abel T, McQueen D. The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing! *Int J Public Health*. abril de 2020;65(3):231-231.
284. Business Wire. Games Industry Unites to Promote World Health Organization Messages Against COVID-19; Launch #PlayApartTogether Campaign [Internet]. 2020 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.businesswire.com/news/home/20200328005018/en/Games-Industry-Unites-Promote-World-Health-Organization>
285. Billieux J, Flayelle M, Rumpf H-J, Stein DJ. High involvement versus pathological involvement in video games: A crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. *Curr Addict Rep* [Internet]. 2019 [citado 22 de junio de 2020];6(3). Disponible en: <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/39509>
286. King D, Koster E, Billieux J. Study what makes games addictive. *Nature*. 2019;573(7774):346.

287. Saunders JB, Hao W, Long J, King DL, Mann K, Fauth-Bühler M, et al. Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J Behav Addict*. 2017;6(3):271-9.
288. OMS. #HealthyAtHome [Internet]. [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health>
289. UN chief calls for domestic violence 'ceasefire' amid 'horrifying global surge' [Internet]. UN News. 2020 [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>
290. MacMillan HL, Wathen CN, Varcoe CM. Intimate partner violence in the family: considerations for children's safety. *Child Abuse Negl*. diciembre de 2013;37(12):1186-91.
291. Hillis SD, Mercy JA, Saul JR. The enduring impact of violence against children. *Psychol Health Med*. 2017;22(4):393-405.
292. Huang MI, O'Riordan MA, Fitzenrider E, McDavid L, Cohen AR, Robinson S. Increased incidence of nonaccidental head trauma in infants associated with the economic recession. *J Neurosurg Pediatr*. agosto de 2011;8(2):171-6.
293. Ballesteros B. Comparecencia de la fundación ANAR ante la comisión para la reconstrucción social y económica del congreso de los diputados con objeto de informar sobre los efectos del confinamiento sobre los menores de edad en España [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2020 may [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2020/05/Comparecencia-de-ANAR-en-el-Congreso-29-05-2020-4.pdf>
294. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Las víctimas invisibles de la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: https://violenciagero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Las_victimas_invisibles_de_la_violencia_de_genero.pdf
295. López Soler C. Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Rev Psicopatología Psicol Clínica* [Internet]. 1 de diciembre de 2008 [citado 21 de junio de 2020];13(3). Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4057>
296. Cervera Pérez IM, Unidad de Salud Mental Comunitaria Huércal-Overa, López-Soler C, Universidad de Murcia, Alcántara-López M, Universidad de Murcia, et al. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO CRÓNICO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: TRAUMA DEL DESARROLLO. *Papeles Psicólogo - Psychol Pap* [Internet]. 2020 [citado 21 de junio de 2020];41(2). Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2934>
297. Castro Sáez M, Martínez Pérez A, López-Soler C, López-García JJ, Alcántara-López M, Castro Sáez M, et al. Trastorno por estrés postraumático en niños españoles maltratados. *Cienc Psicológicas*. diciembre de 2019;13(2):378-89.
298. Rodríguez AG. ¿En qué mejora la teoría del apego nuestra práctica clínica?: Es hora de recapitular. *Papeles Psicólogo*. 2020;41(1):66-73.
299. Entrevista Mikel Munarriz y Jose Leal. 30/04/2020 [Internet]. [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=2P4dtXhhuU>

300. The Lancet Child & Adolescent Health. Pandemic school closures: risks and opportunities. *Lancet Child Adolesc Health*. mayo de 2020;4(5):341.
301. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, et al. Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand [Internet]. Imperial College London; 2020 mar [citado 23 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77482>
302. Douglas PK, Douglas DB, Harrigan DC, Douglas KM. Preparing for pandemic influenza and its aftermath: mental health issues considered. *Int J Emerg Ment Health*. 2009;11(3):137-44.
303. National Institutes of Health. NIMH » Helping Children and Adolescents Cope with Disasters and Other Traumatic Events: What Parents, Rescue Workers, and the Community Can Do [Internet]. 2010 [citado 20 de junio de 2020]. Report No.: 19-MH-8066. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/helping-children-and-adolescents-cope-with-disasters-and-other-traumatic-events/index.shtml>
304. Taylor RD, Roberts D, Jacobson L. Stressful life events, psychological well-being, and parenting in African American mothers. *J Fam Psychol*. 1997;11(4):436-46.
305. Bartlett JD, Vivrette R. Ways to Promote Children's Resilience to the COVID-19 Pandemic. *Children Trends*. abril de 2020;4.
306. Stevenson E, Barrios L, Cordell R, Delozier D, Gorman S, Koenig LJ, et al. Pandemic Influenza Planning: Addressing the Needs of Children. *Am J Public Health*. octubre de 2009;99(S2):S255-60.
307. CDC. Data and Statistics on Children's Mental Health | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [citado 11 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
308. Golberstein E, Gonzales G, Meara E. How do economic downturns affect the mental health of children? Evidence from the National Health Interview Survey. *Health Econ*. agosto de 2019;28(8):955-70.
309. Zhai Y, Du X. Addressing collegiate mental health amid COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. junio de 2020;288:113003.
310. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Hogan PE, Miller ME. Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 de octubre de 2015;72(10):1012-20.
311. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet*. 14 de marzo de 2020;395(10227):859.
312. Rollman BL, Herbeck Belnap B, Abebe KZ, Spring MB, Rotondi AJ, Rothenberger SD, et al. Effectiveness of Online Collaborative Care for Treating Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 de enero de 2018;75(1):56.
313. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. abril de 2020;7(4):300-2.

314. Inter-Agency Standing Committee. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra: Inter-Agency Standing Committee; 2007.
315. Goldberg JF. Psychiatry's Niche Role in the COVID-19 Pandemic. *J Clin Psychiatry*. 7 de abril de 2020;81(3):0-0.
316. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The BMJ* [Internet]. 5 de mayo de 2020 [citado 12 de mayo de 2020];369. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7199468/>
317. Smith K, Ostinelli E, Cipriani A. Covid-19 and mental health: a transformational opportunity to apply an evidence-based approach to clinical practice and research. *Evid Based Ment Health*. 2020;23(2):45-6.
318. Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 11 de mayo de 2020 [citado 4 de junio de 2020]; Disponible en: <https://jama.publicaciones.saludcastillayleon.es:443/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2765954>
319. Botella C, Quero S, Serrano B, Baños RM, García-Palacios A. Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anu Psicol*. 2009;40(2):155-70.
320. Mira A, Molinari G, García A, Navarro MV, Riera López del Amo A, Pérez MA, et al. La utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS) en el ámbito de los tratamientos psicológicos. *FÒRUM DE RECERCA* nº 16 Universitat Jaume I; 2016.
321. Office of the High Commissioner United Nations Human Rights. The Committee on the Rights of the Child warns of the grave physical, emotional and psychological effect of the COVID-19 pandemic on children and calls on States to protect the rights of children [Internet]. 2020 abr [citado 21 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ChildRights_2030Agenda.pdf

Anexo 1: Fases del desarrollo y sugerencias para el desconfinamiento

Grupo edad	Características/Educación	Aspectos a cuidar	Cuidados en el COVID-19	Sugerencia para el desconfinamiento
Embarazo-2 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guarderías o escuelas infantiles ✓ Embarazo y primeras fases, aprenden a regular aspectos básicos (alimentación, sueño, control de esfínteres) autonomía (aprender a andar, hablar, comer, vestirse). ✓ Desarrollo motor y lenguaje ✓ El contacto es fundamentalmente físico (piel-piel madre-bebé, sostenerle, abrazarle,...) y tono de voz 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Condiciona la situación parental ✓ Ansiedad ante extraños y separación ✓ Periodo de máxima adaptación y mimetización ✓ Cuidar el contacto y e intercambio visual y físico ✓ Cuidar los caprichos alimentarios y otros ✓ Necesidades básicas ✓ Vínculos, protección y seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A los padres y figuras de apoyo en la crianza apoyo emocional ✓ Cuidado del entorno ✓ Respirar aire. Clima de tranquilidad ✓ Favorecer experimentación ✓ El tono en la corrección cuando no se respetan límites es más importante que el contenido. ✓ Cuidar separaciones con figuras de referencia ✓ Evitar cambios continuos de cuidadores o espacio impersonales ✓ Enseñar y marcar límites en lo permitido y lo prohibido. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Generar contextos seguros en los que los niños/as puedan tener contacto físico, en el que juegan son abrazados y pueden abrazar a adultos o iguales ✓ Salidas con padres o familiares, paseos y realizan actividades al aire libre ✓ Dar apoyo a familias con estrés salud, económico, laboral o social de soporte para apoyo sanitario y/o social ✓ Dar soporte a los padres
3-5 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Etapa Educación. Infantil ✓ Ya saben decir no, etapa de individuación ✓ Primeros conceptos básicos ✓ Movimientos complejos y lenguaje elaborado ✓ Separación de padres inicio de amistades ✓ Autonomía personal completa ✓ No tienen concepto de muerte ni principios éticos ✓ Mayor experimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Necesitan moverse ✓ Juego autónomo ✓ Refuerzo de conceptos ✓ Temores genéricos ✓ Entienden la distancia física, pero necesitan el contacto ✓ Primeras salidas, celebraciones y relaciones y aprenden conceptos básicos. ✓ Necesidad de reglas o normas claras ✓ Imita a su entorno ✓ Ya entienden y comprenden los límites, aunque puede darle un 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proponer actividades, manualidades, dibujos, para explicar lo que pasa y lo que hay que hacer ✓ Salidas a espacios naturales. Aporta clima de calma y afectivo. ✓ Cuidado a sus temores y pesadillas. Se escuchas y atienden, dando tiempo exclusivo ✓ Generar contextos seguros en los que los/as niños/as son abrazados y puede abrazar a adultos o iguales ✓ Información adaptada del COVID-19 y de criterios de protección, manteniendo coherencia del entorno. ✓ Se explica el aislamiento como medida para protegernos y proteger (especialmente con figuras de referencia ausentes) ✓ Gesto sencillo de despedida de un ser querido 	

		contenido mágico u erróneo, por lo que hay que supervisar las posibles distorsiones		
6-9 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre 1º-4º de EPO ✓ Saben leer y escribir ✓ Expresan ideas complejas y completas ✓ Mejoran autoregulación pero necesitan apoyo externo ✓ Entiende relaciones triangulares, rivalidad ✓ Aparecen sentimientos de culpa, además de timidez, miedos, celos y envidia ✓ Diferencia fantasía de realidad ✓ Interés por lo que pasa en el mundo ✓ Alcanzan el concepto de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regulación de horarios ✓ Base en los aprendizajes. Estrés escolar ✓ Supervisar las fuentes de información ✓ Comienzo de juegos electrónicos ✓ Comienzo deportes grupales ✓ Miedos a humillaciones o interpretaciones erróneas ✓ Temores, inseguridades y obsesiones, más concretas ✓ Diferenciación sexual y de diversidad ✓ Ya entienden y comprenden los límites, aunque puede darle un contenido mágico u erróneo, por lo que hay que supervisar esas posibles distorsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organizar y distribuir tiempos por actividades. Actividades en las que ellos expliquen lo que saben. ✓ Apoyo escolar en lo que tienen dificultades. Materiales de apoyo y se hacen adaptaciones. ✓ Inicio intimidad con amigos, fomentar encuentros en videollamadas uno a uno, supervisadas ✓ Limitar y controlar medios electrónicos, con límites y normas claras ✓ Ayúdale a expresar sus emociones, con respecto al COVID-19 y por otros motivos. Se les debe proteger de la sobreinformación ✓ Información clara y precisa del COVID-19 y de criterios claros en protección, señalando las diferencias según riesgos. ✓ Se explican consecuencias del COVID-19 (especialmente si las figuras de referencia no pueden estar con ellos y se favorece el contacto) y se habla de muerte si se produce en alguien cercano, especialmente si lo demandan. ✓ Se realizan ritos de despedida de familiar o persona cercana. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Individualizar actuaciones. ✓ Tutorías presenciales para los/as niños/as con necesidades de soporte educativo ✓ Fomento de actividades grupales (en pequeños grupos) en el entorno escolar con distancia social ✓ Favorecer grupos de apoyo entre familias ✓ Salidas con padres o familiares, paseos y realizan actividades al aire libre y actividades grupales permitidas (2-3 familias) ✓ Apoyo a familias que detectan signos de alarma o con necesidades de soporte para apoyo sanitario y/o social
10-11 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 5º-6º EPO, empiezan a sentirse mayores ✓ Expresa varias ideas y las interrelaciona bien ✓ Inicio puberal ✓ Inseguridades sobre el desarrollo, miedo a crecer o deseo de ser mayor 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio de nuevos afectos ✓ Uso intensivo de pantallas ✓ Inicio pensamiento abstracto, son receptivos y necesitan referentes y/o modelos ✓ Inicio de contacto social por internet ✓ Autonomía social ✓ Consolidación de dinámicas de trabajo y de horarios 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de autonomía escolar, disminución de supervisión ✓ Fomentar videollamada en grupo, supervisadas ✓ Ofrecer espacio de comunicación para dudas, miedos o errores, en general y del COVID-19, pero también de otros del desarrollo que pueden presentarse ✓ Se habla del COVID-19 pero también de lo que no se conoce, las diferencias según riesgos. Y se mantiene contacto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo a familias que detectan signos de alarma o con necesidades de soporte para apoyo sanitario y/o social

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambio personal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se explican pérdidas (autonomía para salir de casa que ya hacían solos, distancia) y se les da responsabilidad sobre las medidas de protección ✓ Se explican consecuencias del COVID-19 y se habla de muerte como una realidad natural. No se oculta el dolor, pero cuando se hace se hace con esperanza. ✓ Se le implica en ritos de despedida de familiar o persona cercana. 	
12-13 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1º-2º ESO ✓ Desarrollo puberal, inseguridades ✓ Inestabilidad emocional ✓ Autosuficiencia ✓ Riesgo máximo de experimentaciones, paso al acto ✓ Descubren la interioridad ✓ Pensamiento abstracto ✓ Preocupación social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Marcan su espacio propio y ponen límites ✓ Permitir expresión emocional y descarga ✓ Inicio de móviles propios y autonomía ✓ Somos diferentes, pero son determinantes el grupo de iguales ✓ Estrés corporal y ansiedad ante conflictos internos ✓ Necesitan figuras de referencia adultas diferentes a las parentales ✓ No amplificar errores, necesidad de comprensión y protección ✓ Educar en la consecuencia de incumplimientos de normas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Supervisión en las dificultades escolares, autonomía generalizada, supervisión indirecta ✓ Otras supervisiones no invasivas pero cercana ✓ Fomentar videollamada en grupo ✓ Fomentar comunicación individualizada con adultos, de sus posibles conflictos y soporte para su manejo ✓ Ayudar a identificar pensamientos y emociones relacionadas con el COVID-19 y las medidas tomadas ✓ Favorecer expresión de posibles negativismos, desesperanzas e interpretaciones erróneas y abordarlas ✓ Compartir experiencias entre iguales de dificultad ✓ Se pueden compartir ciertos sentimientos de dolor en relación paternofiliales empáticamente ✓ Se pide opinión en ritos de despedida de familiar o persona cercana. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Individualizar actuaciones educativas ✓ Reuniones grupales online con tutor ✓ Hacer grupos reducidos dentro de la clase inclusivos para realizar tareas educativas y expresión de realidades emocionales. ✓ Fomento de actividades grupales en el entorno escolar con distancia social
14-17 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 3º-4º ESO, 1º-2º Bach, GM, Pemar ✓ Desarrollo físico completo ✓ Progresiva regulación emocional ✓ Experimentaciones con evaluación de consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pérdida de la influencia del adulto, aunque le siguen necesitando ✓ Respeto a la intimidad y fomento de la individualidad. ✓ Cuidar las crisis y acompañar ✓ Supervisar y contrastar en la toma de decisiones escolares (eligen estudiar o no, la rama, etc) u otras. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Supervisión no invasiva y distante, con autorización del adolescente y de forma transparente. Incluido lo electrónico ✓ Marcar pocos límites, pero hacerlos cumplir. ✓ La diversidad como riqueza. Vigilar que la diversidad se convierta en hago lo que me da la gana sin tener en cuenta al otro. Responsabilidad sobre las medidas de cuidado y autoprotección y fomentar entornos saludables entre iguales. Se valorar pros y beneficios de las medidas individuales o sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer debates online supervisados ✓ Fomento de responsabilidad social ✓ Realizar tareas de apoyo a profesores con niños/as pequeños/as y

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Relaciones afectivas, necesidad de intimidad ✓ Posiciones ideológicas y creencias propias, no fijas pero si propias ✓ Experimentan para sentirse y hacerse mayores (con lo sexual, alcohol y drogas) ✓ Inicio de autonomía legal, autonomía sanitaria 	<p>Dar apoyo en posibles cambios ante crisis</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzar el valor o significado de las cosas (sexual, relacional, escolar, sanitarias, etc) y consecuencias a largo plazo ✓ Se favorecen formas, visiones o maneras de afrontar de forma diferente en lo político, religioso, social. Fomento de espacios de debate y discusión. ✓ Aumentar la responsabilidad social de los actos individuales ✓ Cubrir necesidades básicas y no negociables, diferenciando a las no básicas, negociables y que pueden ganar o perder 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se favorece la expresión de miedos actuales y futuros de la repercusión del COVID-19 ✓ Prevenir sobre experimentación inapropiada, ni con lo prohibido ni con lo que no estoy preparado. ✓ Favorecer en el grupo familiar los debates, pero los padres tienen la última palabra de lo que afecta a la familia de forma global. ✓ Fomentar y ampliar la crítica natural frente a los padres enriqueciéndola con aspectos de crítica tanto sociales como del grupo de iguales. ✓ Empatizar con el dolor compartido por las pérdidas. ✓ Se facilita las formas o expresiones de despedida individuales, pero se responsabiliza sobre las formas comunes de despedida de familiar o persona cercana. 	<p>a familias con problemas de soporte.</p>
>18 años	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Universitarios o GM o GS o trabajadores 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Autonomía y responsabilidad legal ✓ Consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desarrollo completo de responsabilidades ✓ Debate de alternativas desde el respeto mutuo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento de la responsabilidad social y respuesta a necesidades