

**COLABORACIÓN ESPECIAL**

Recibido: 8 de septiembre de 2020

Aceptado: 9 de octubre de 2020

Publicado: 16 de octubre de 2020

**SALUD MENTAL Y COVID-19 EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA:  
VISIÓN DESDE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA SALUD PÚBLICA****José Luis Pedreira Massa (1)**

(1) Psiquiatra y Psicoterapeuta de Infancia y Adolescencia. Profesor de Psicopatología, Grado Criminología (UNED). Profesor de Salud Pública, Grado Trabajo Social (UNED). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5640-013X>

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés.

**RESUMEN**

La pandemia producida por COVID-19 ha tenido un impacto de relevancia en la sociedad y también ha afectado a la infancia y adolescencia que, en general, ha sido el colectivo más silenciado. En este artículo se abordan los contenidos que afectan a la salud mental de la infancia y la adolescencia en el seno de la pandemia por la COVID-19, para ello se sitúa en la “cuarta oleada asistencial” en la categoría F54 de la CIE-10 (“factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar”) (figura 1). El mecanismo de presentación puede ser: reactivo-adaptativo ante la pandemia; factor desencadenante, ante una inestabilidad afectivo-emocional previa; descompensación de un proceso preexistente. Las formas de presentación han tenido su fase de inicio, fundamentalmente, en el confinamiento: con formas somatizadas, comportamentales, síntomas emocionales, reactivación de malos tratos a la infancia y reacciones de duelo disfuncionales. Los síntomas más prevalentes son de tipo ansioso o ansioso-depresivo. La respuesta al estrés de forma crónica, incluyendo el de bajo perfil e intensidad pero mantenido en el tiempo, posee repercusiones de relieve para el conjunto de la infancia y la adolescencia. Sólo un escaso porcentaje presenta trastornos mentales de relieve, pero hemos de reconocer que al proyectarse sobre el conjunto poblacional infanto-juvenil podrían ser un número importante que pudiera ser subsidiario de una ayuda más específica. El retorno a la escolaridad va a representar otro momento importante, siendo de capital importancia las repercusiones del confinamiento, sobre todo en cuanto a conductas de tipo adictivo con las tecnologías de la información y la comunicación. La intervención por profesionales formados en salud mental de la infancia y la adolescencia es una prioridad para evitar evoluciones clínicas no deseadas o iatrogenia.

**Palabras clave:** COVID-19, Infancia, Adolescencia, Salud Mental, Intervención precoz.

**ABSTRACT****Mental Health and COVID-19 in children and adolescents: psychopathological and Public Health approach**

The pandemic produced by COVID-19 has a significant impact on society and has also affected childhood and adolescence, which, in general, has been the most silenced group. This article addresses the contents that affect the mental health of children and adolescents in the heart of the COVID-19 pandemic, it is located in the “fourth wave of care” in category F54 of the ICD-10 (“Behavioral and psychological factors in disorders or diseases classified elsewhere”) (figure 1). The presentation mechanism is: reactive-adaptive to the pandemic; triggering factor, before a previous affective-emotional instability; decompensation of a pre-existing process. The clinical features have had their initial phase, fundamentally, in confinement: somatoform disorders, behavioral disorders, emotional symptoms, reactivation of child abuse and dysfunctional grief reactions. The most prevalent symptoms are of the anxious or anxious-depressive type. The response to chronic stress, including that of low profile and intensity but maintained over time, has significant repercussions for childhood and adolescence. Few percentage that present prominent mental disorders, but we must recognize that when projected to the whole the child-adolescent population, there could be a significant number that could be subsidiary of a more specific help. The return to schooling is going to represent another important moment, the repercussions of confinement being of capital importance, especially in terms of addictive behaviors with information and communication technologies. Intervention by professionals trained in childhood and adolescent mental health is a priority to avoid unwanted clinical evolutions or iatrogenesis.

**Key Words:** COVID-19, Children, Adolescents, Mental Health, Early interventions.

Correspondencia:  
José Luis Pedreira Massa  
Avda. de las Suertes, nº 87, 5ºB  
28051 Madrid, España  
[jolupedrema@gmail.com](mailto:jolupedrema@gmail.com)

Cita sugerida: Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia; visión desde la psicopatología y la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de octubre e202010141.

## INTRODUCCIÓN

La primera variable a considerar es que la Salud Mental (SM) no goza de la prerrogativa de ser un tema contemplado habitualmente en las exposiciones de Salud Pública (SP), por ello es muy relevante que, en el caso de la atención a la pandemia producida por COVID-19, haya tenido alguna consideración, aunque hayan sido a través de programas puntuales y sobre los efectos producidos, con lo que se evidencia la escasa sensibilidad hacia estos temas<sup>(1,2,3,4)</sup>.

La segunda variable se refiere a la infancia y la adolescencia, sujeta a estímulos concretos de la pandemia (afectación familiar, miembros de la familia afectados, posibles ingresos, fallecimientos, la supresión de la escolaridad, el confinamiento) y que a lo largo de todo este periodo ha tenido resultados contradictorios (informaciones diversas según las fuentes de información, las creencias familiares, la posibilidad o no de padecer la enfermedad en la infancia) pero, a pesar de ello, el impacto en la infancia y adolescencia de las decisiones que se tomaban era muy patente (p.e. cierre de la escolaridad, confinamiento total). Los últimos trabajos evidencian que la infancia y adolescencia padece la afección COVID-19, parece que su intensidad y gravedad es menor que en otras etapas de la vida, pero que su capacidad de contagio es bastante evidente<sup>(5,6,7,8,9,10,11)</sup>.

La situación creada, en esta etapa de la vida, tiene su importancia y asociaciones científicas de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia han mostrado su punto de vista y su disposición a trabajar en este campo<sup>(12,13,14,15,16,17,18)</sup>.

### PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN: LAS “OLEADAS ASISTENCIALES”

Muchas publicaciones referidas a este tema han tenido un cierto carácter oportunista, ya que la pandemia por la COVID-19 ha atraído

la atención de la población general, de los profesionales sanitarios y de los gestores administrativos y políticos, por lo que se ha hablado del tema desde todas las perspectivas. No cabe duda que algunos lo hacían con buena intención, pero el contenido de muchos de estos trabajos, tenían esa característica de un cierto oportunismo.

Otros trabajos han intentado realizar estudios más descriptivos de la sintomatología que se presentaba en la infancia y adolescencia en relación a la epidemia, enfatizando la presencia de síntomas relevantes, pero sin hacer referencia a las diferencias que se daban en función de las etapas de la vida o al impacto como “interferencia” en el desarrollo o si era la COVID-19 una causa desencadenante en ese cuadro sintomático<sup>(19,20,21)</sup>.

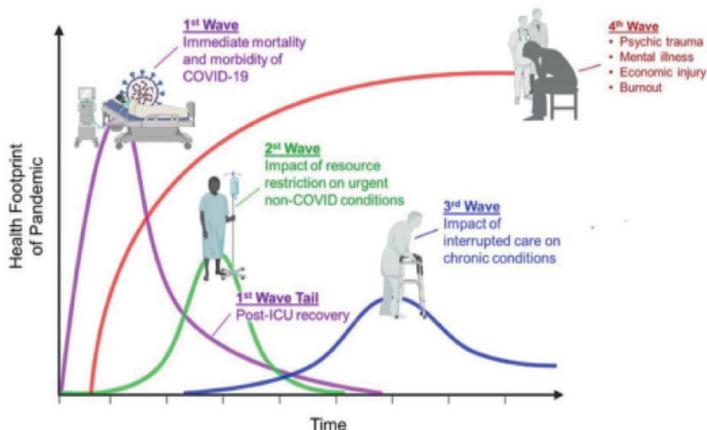
La salud mental ha estado subyaciendo en todo el progreso de la pandemia, hasta el punto que el neumólogo Tseng V (2020)<sup>(22)</sup> realiza una gráfica acerca de las “oleadas asistenciales en el COVID-19” que ha obtenido en tiempo record una gran citación en la bibliografía de numerosos artículos, buscando adaptarse a las diversas especialidades médicas. La realizada para la Salud mental parte de la misma composición realizada por el autor, de modo que estas “oleadas” de la atención sanitaria se resumían en cuatro oleadas, sintetizadas en la **figura 1**, y se presentaban en una dimensión temporal: la primera oleada se refería a la asistencia directa y primordial a los pacientes afectados por el COVID-19, el ascenso rápido y con elevadas proporciones de morbimortalidad se hacía necesario poner toda la atención en abordar esa oleada con toda la intensidad necesaria, a medida que disminuía la presión asistencial y sobre la población, la curva descendía iniciándose la recuperación post-COVID-19, daba comienzo la segunda oleada en la demanda asistencial: los pacientes con afecciones urgentes no COVID-19, que habían visto demorada su

atención porque los recursos sanitarios se habían reorientado a la atención de los pacientes de la pandemia y sentían temor a tener un posible contagio si acudían a los servicios de urgencia; en esta oleada la altura es mucho menor y el descenso también será rápido (p.e. ICTUS, infartos, crisis hipertensivas) (figura 1).

Casi en el momento en que la segunda oleada va a iniciar su descenso, aparece lenta y persistente la tercera oleada cuya cima es menor y con mayor meseta, siendo su descenso muy lento, manteniéndose en un nivel de prevalencia bastante constante, sin llegar a desaparecer del todo. Esta tercera oleada se corresponde con el impacto de la interrupción de los cuidados que se mantenían previamente a las afecciones crónicas (diabetes, cardiopatías, hipertensión), por la derivación que se habían realizado de los recursos existentes hacia la atención prioritaria a la demanda explosiva de la pandemia producida por el COVID-19.

Desde casi el inicio de la primera oleada, cuando se estaba iniciando el ascenso de la primera curva, aparece la cuarta oleada. Esta cuarta oleada tiene un ascenso en paralelo con la curva del COVID-19 hasta el pico de la gráfica, pero con menor número de implicados. Cuando llega al pico de la curva del COVID-19, esta cuarta oleada sigue ascendiendo de forma lenta, tórpida pero persistentemente a lo largo del tiempo, traspasa ampliamente a las otras oleadas y sigue ascendiendo lentamente hasta sobrepasar la cima de la primera oleada del COVID-19. Esa cuarta oleada se corresponde con las vivencias y experiencias que se suceden a lo largo de la crisis, es decir, es la afectación de los mecanismos mentales y emocionales de la población en su conjunto, desde los síntomas más tenues a los más severos, también al malestar que acompaña la crisis económica, por lo que, en definitiva, esta cuarta oleada pone de manifiesto las desigualdades sociales y en la atención de salud del conjunto de la población<sup>(3)</sup>.

**Figura 1**  
**Las oleadas asistenciales de la pandemia por COVID-19.**



Fuente: Victor Tseng (2020). Disponible en <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>

## CONTENIDOS DE LA “CUARTA OLEADA” EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La cuarta oleada traduce la vivencia subjetiva de la pandemia, siendo un altavoz de las experiencias vitales previas y de las características definitorias de la personalidad de cada sujeto. Suele iniciarse como una oleada silente, casi nadie se percata de ella y su cobertura adquiere una aparente menor importancia, pero podría adquirir dimensiones muy relevantes, tal como se expresa en la **figura 1**<sup>(22)</sup>. Se desarrolla en un segundo plano, pero de forma constante realiza su ascenso exponencial, tanto en número de casos como en relevancia clínica<sup>(2,23,24)</sup>.

La población infanto-juvenil estaba presente desde los inicios de la pandemia, pero no se la consideraba en su verdadera dimensión. En primer lugar, por el debate de su relevancia o irrelevancia en cuanto a sus síntomas o a su valor como vector de contagio de la afección del COVID-19<sup>(8,9,25,26)</sup>. En segundo lugar, porque, como en tantas otras ocasiones, es un segmento de población “silenciado”, en parte por paternalismo y en parte por desconocimiento<sup>(27,28)</sup>. Lo cierto es que los niños forman parte de las familias cuyos miembros expresaban sus miedos, sus incertidumbres y todo aquello lo escuchaban y lo vivían. Sufrían y participaban del duelo familiar por muertes o por enfermedades graves o por lo que ocurría con sus abuelos en las residencias de mayores. En su entorno pasaban cosas que o no entendían, o no se les explicaban, simplemente aquello lo vivían y sentían<sup>(29)</sup>. Cuando el colegio se cerró a mediados del mes de marzo, al principio se alegraron, pero a lo largo del tiempo el regocijo inicial se tornó en dudas, porque el “cole” es algo más que un centro de enseñanza y representa su núcleo fundamental de sociabilidad<sup>(30,31,32,33,34)</sup>. Luego tuvo lugar su particular desescalada<sup>(35)</sup> tras más de dos meses de estricto confinamiento, más tarde la de la familia al completo, posteriormente y

tras el verano la apertura de los colegios y todo lo que constituía su cotidianeidad se fue armando en torno a ello. Es evidente que la infancia estaba presente en todos estos acontecimientos y captaba lo que sucedía, sus dibujos, las experiencias que han expresado en programas de TV así lo atestiguan, por lo que hay que incidir en la necesidad de escucharles<sup>(29)</sup>.

La expresión mental de esta cuarta oleada asistencial va a incluir cuatro tipos de poblaciones en las que se manifiesta: en los pacientes afectados por el COVID-19, las familias de los pacientes, la población en general y, por fin, los profesionales sanitarios<sup>(3,9)</sup>. Por operatividad, en el presente artículo, nos vamos a referir solamente a la infancia y adolescencia, sin menoscabo de lo que acontece en los otros grupos de edad que podrá abordarse en otra publicación.

La expresión clínica en la infancia y adolescencia tiene tres tipos de estructuras de la presentación sintomática, según fuera el proceso mental previo al COVID-19: En los que no padecían ningún tipo de trastorno mental, serían el grupo de “infancia y adolescencia normal”, aparece un estado de alarma y sensación de incomodidad y desasosiego muy importante, es un **mecanismo reactivo-adaptativo** ante la presencia de la pandemia. Existe un segundo grupo de sujetos que ya “eran muy suyos” de siempre, quizá hasta algo “raros”, en este grupo la situación COVID-19 puede desencadenar algún tipo de trastorno mental, es una sensación previa de tener algo que estaba como agazapado y que la situación COVID-19 lo explicita, poniéndolo en evidencia porque cumple la misión de “la gota que colma el vaso”, es decir se constituye en un **factor desencadenante**. Un tercer grupo de población hace referencia a personas que ya padecían un trastorno mental, fuera el que fuere (TEA, TDAH, trastorno del comportamiento, TCA) y que la intersección con el COVID-19 desencadena una **descompensación del proceso**, con mayor o menor virulencia sintomática y/o comportamental.

1) **Síntomas reactivo-adaptativos:** Ante el padecimiento de la afección por el COVID-19, aparecen síntomas inespecíficos de tipo afectivo-emocional, en gran medida como expresión de ese perfil reactivo-adaptativo al proceso. Se encuadran en la categoría descrita, en la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, CIE-10, como F54. Esta categoría se denomina como “factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar”<sup>(36)</sup>. Esta categoría se utiliza clínicamente para diagnosticar la presencia de influencias psicológicas o comportamentales que se considera juegan un papel principal en la manifestación de los trastornos somáticos, por ejemplo, alargando el tiempo de duración de los procesos, interviniendo en la intensidad de algunos síntomas, como en la percepción del dolor, contribuyendo a desencadenar nuevas crisis o recaídas. Este tipo de alteraciones mentales, en la mayoría de las ocasiones, suelen ser leves pero prolongadas en el tiempo, se muestra como preocupaciones excesivas, conflictos emocionales, temor, miedo a cosas y situaciones diversas (al empeoramiento propio, al contagio a otros miembros de la familia), aprensión por la enfermedad y/o sus complicaciones.

En todo caso, son situaciones desagradables en la faceta subjetiva, en la vivencia personal, que se amplifican con las experiencias del propio desarrollo personal y de la forma de reaccionar que habitualmente se utilizaba por parte del sujeto infantil para adaptarse a situaciones nuevas, solo que, en este caso, aparece esa reacción amplificadas y algo distorsionada, lo que, en ocasiones, dificulta su reconocimiento por parte del niño o adolescente. En situaciones extremas pueden desencadenarse verdaderos accesos de ansiedad con sensaciones de ahogo, palpitations y disnea, taquicardia, sudoración, alteración de la tensión arterial e inquietud psicomotriz de intensidad variable, aparece un jadeo con taquipnea y respiración superficial muy

característico que, en su extremo, puede acompañarse de llanto entrecortado. Estos síntomas y estas vivencias van apareciendo según acontece la evolución clínica de la infección por el COVID-19, siendo su intensidad y persistencia diversa, pudiendo empeorar cuando coinciden situaciones psicosociales concurrentes (el retorno al colegio o la situación del contexto familiar por el padecimiento de la enfermedad de alguno de sus miembros).

En esta forma de reaccionar por la alarma y el miedo ante un contagio, la familia y la población en general lo hacen de forma muy parecida. Aparecen sentimientos muy ambivalentes por el temor a infectarse y, simultáneamente, tener que estar atentos a los enfermos y a no contaminar ni contaminarse. Deben aplicar las normas preventivas del lavado de manos y la distancia física, pero, al mismo tiempo, desean y necesitan abrazarse con los seres queridos porque transmiten la percepción de sentir la seguridad y la contención por parte de esos seres queridos.

Su temor, sus síntomas y signos de alerta/ alarma están muy focalizados en la evolución clínica de su familiar afectado y su temor a ser contagiado, por lo que podrán aparecer síntomas defensivos de tipo fóbico hacia lo que represente al paciente y de tipo más obsesivo hacia el lavado de manos y la distancia física como medidas de protección personal. De igual forma se incrementa la autopercepción de su cuerpo, “no vaya a ser que...”. Ante ello aparecen los sentimientos de culpa por no ser suficientemente empático o bueno en relación al paciente, es el momento de la autojustificación y racionalización “salvadoras” para amparar la reacción, lo que, a su vez, podría incrementar los sentimientos de culpa en forma de inquietud psicomotriz o llanto no muy intenso pero persistente, como una sensación de ahogo que no acaba de dejar arrancar el llanto

Estos datos se recogen en uno de los primeros estudios publicados sobre el impacto emocional del COVID-19 en la infancia y la adolescencia (figura 2), fue al inicio del proceso en población china y el cuadro sintomático señalaba hacia lo expresado en este planteamiento<sup>(25)</sup>.

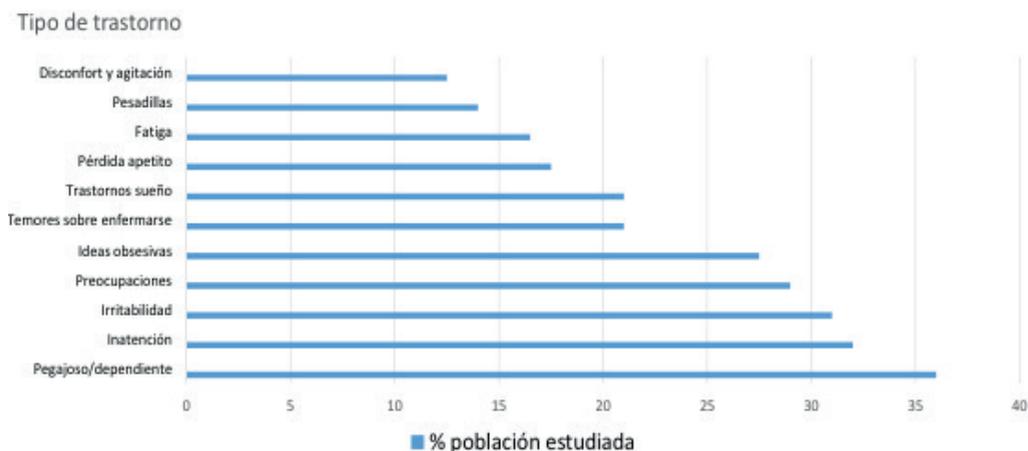
2) **Desencadenamiento de clínica mental:** Seguimos subiendo la curva de la cuarta oleada, una subida lenta, persistente, constante y soterrada. Es un ascenso puro sin mesetas ni doblegar el pico, porque las vivencias y la expresión de las emociones van evolucionando de forma autónoma, de forma muy continua, en silencio y jugándose en el interior de cada sujeto. Dentro de la mente cada situación, cada experiencia, interactúa con las sensaciones previas “almacenadas” en la mente de cada uno de nosotros. La emoción sentida queda en un segundo plano, se siente que se quiere controlar con la propia fuerza o la aparente templanza, pero en el interior va actuando y luego, por la

evocación de una situación concreta como la pandemia y toda su significación, moviliza sus emociones internas actuando de factor desencadenante y se desbordan las emociones, así se desencadena un trastorno que estaba totalmente agazapado.

Los síntomas que toman presencia son de tipo ansioso o ansioso-depresivo de intensidad variable y, en las personas más vulnerables, puede desencadenarse un trastorno de estrés postraumático, no es el cuadro más frecuente, pero es posible por la situación de tensión vivida por un estrés de larga duración y bastante generalizado (figura 2).

En esta etapa el miedo a la muerte es real, juega un gran papel en las familias que no pueden acceder a visitar a sus familiares y a las que las informaciones que reciben les llenan de incertidumbre. No es extraño que en las familias de afectados hospitalizados por el virus

**Figura 2**  
**Trastornos psicológicos en edades entre 3-18 años en la pandemia por COVID-19 (enero-febrero de 2020, China).**



Fuente: Jiao, Wang, Liu *et al*, 2020

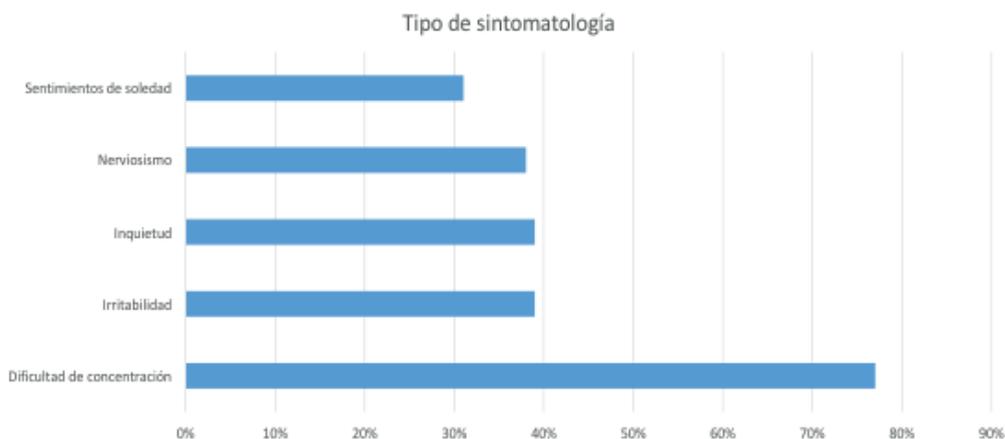
se desencadenen síntomas relativos al duelo, es un duelo adelantado, pero una reacción de duelo, al fin y al cabo. Los medios terapéuticos que se emplean en el tratamiento de la COVID-19 son de gran sofisticación e impresionan (ingreso, respiradores, intubación, monitores de frecuencia cardíaca y respiratoria). La terminología aturde: saturación, intubación, flujo de oxígeno, posición en pronación, alimentación parenteral, antivirales, infiltrados pulmonares intersticiales, etc. En ocasiones se ve a un paciente sedado al que se le escapa una lágrima. Luego, al alta las emociones se pueden manifestar con una elevada reactividad, presentando alteraciones de humor de forma variable, con labilidad emocional y cierta tendencia al llanto, o a la irritabilidad y la sensación de verse desbordado. La vivencia de las posibles secuelas o los efectos secundarios colaterales de los tratamientos, el cansancio, el miedo, la soledad, el sordo humor que persiste con la sensación de “un nudo” en la

garganta que no se va. Es muy necesario un lugar que aporte seguridad, sentirse tan vulnerable no aporta la tranquilidad necesaria para afrontar lo que van a vivir.

La **figura 3** así lo confirma, según la información aportada por las figuras parentales sobre chicos y chicas en España e Italia, a los pocos meses de iniciada la pandemia<sup>(19)</sup>. Desde la perspectiva psicopatológica, la comparación de las **figuras 2 y 3** son de gran interés, pues de los síntomas más inespecíficos se van “agrupando” en formas de presentaciones más sindrómicas y, por lo tanto, más estables desde la perspectiva clínico-evolutiva y también pronóstica, si no se interviniera de forma adecuada.

3) **Desestabilización de procesos previos:** En tercer lugar, tenemos a las niñas, niños o adolescentes que ya padecían algún trastorno mental de cierta relevancia, serían los “diagnosticados” previamente. En estos casos,

**Figura 3**  
**Tipo de trastornos comunicados por figuras parentales durante el confinamiento de COVID-19 (Italia y España).**



la interconurrencia de la pandemia pone en evidencia las vulnerabilidades personales y, por lo tanto, hace de factor desestabilizador fundamental apareciendo recaídas sintomáticas mezcladas con la “agresión” de la pandemia. Por lo tanto, estas personas se descompensan, hacen una reactivación sintomática pero muy interferida. Los miedos son profundos, la sensación de catástrofe está al acecho, los síntomas obsesivos se incrementan a límites variables y la reactividad comportamental aparece bastante descontrolada. Estas personas precisan un reajuste fundamental del tratamiento y una disponibilidad mayor de los servicios de salud mental para abordar estas descompensaciones.

Un factor que ha intervenido de forma muy particular ha sido el periodo de confinamiento. Su impacto no ha sido homogéneo, pues mientras a algunas personas les ha ayudado a centrarse e incluso a disminuir algunos síntomas emocionales (p.e dificultades relacionales, conductas regresivas y dependientes, funcionamientos depresivos previos, haber tenido acoso escolar en caso de ciberacoso, síntomas psicóticos) el confinamiento puede incrementar la vivencia desestabilizadora o incrementar la sensación de verse protegido, en otros ha sido todo lo contrario y han aparecido síntomas de inquietud, malestar, sensación de agobio, temores diversos referidos a sus vivencias y experiencias y, por lo tanto, a la estabilidad afectiva y vincular.

El confinamiento ha sido muy perjudicial en los casos de niños, niñas y adolescentes que eran objeto de malos tratos en el seno de la familia o en núcleos familiares con la existencia de violencia machista. En estos casos el confinamiento ha actuado como aliado real con los factores de “encerramiento” y “aislamiento social” que, ya por sí mismos, representan dos factores de riesgo muy

importantes para revertir hacia el interno de la familia las agresiones y las descargas violentas. El confinamiento ha llevado la situación de aislamiento y encerramiento a la realidad, de forma continuada durante muchas semanas.

Otro de los mecanismos emocionales de riesgo ha sido el hiperconsumo y abuso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), con síntomas de verdadera dependencia a las TIC y sus repercusiones comportamentales, sobre todo de síndromes de abstinencia verdaderos en preadolescentes y adolescentes, con repercusiones comportamentales del tipo de irritabilidad, conductas disruptivas de intensidad variable y enfrentamientos crecientes con las figuras parentales.

Si el confinamiento ha sido una dificultad añadida para algunos, para otros grupos la dificultad se ha encontrado en la desescalada, en estos casos el hecho de volver a confrontarse con la realidad relacional podía ocasionar verdaderos problemas, por ello se abordará en un apartado específico posteriormente.

El confinamiento representaba una zona de confort importante, por lo que la acomodación se estableció de forma rápida. No es que el confinamiento originara fobia social, sino que las personas con fobia social se sentían seguros en casa y la salida les volvía a confrontar con su temor y con su fobia.

Algo parecido acontece en la infancia y adolescencia, a los alumnos que habían sido objeto de acoso escolar, el confinamiento les protegía y el desconfinamiento les sitúa en un retorno a las dificultades reales de la relación con sus agresores y acosadores. Sin embargo, en el ciberacoso la persistencia del acoso pudo acontecer durante el confinamiento y, por lo tanto, sus efectos devastadores haber sido constantes.

## EL CONFINAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El confinamiento ha sido, con mucho, el hecho nuevo y de impacto variable en la infancia y la adolescencia de esta pandemia. La novedad es muy potente en esta etapa de la vida, el hecho de no acudir a clase y quedar en casa con los padres, era satisfactorio inicialmente. El paso de los días y semanas y la monotonía, han evidenciado situaciones que merecen la atención del sistema sanitario. El factor del tiempo transcurrido de confinamiento es muy importante, aunque los niños y niñas, aparentemente, parezca que están bien, es solo mera apariencia. El confinamiento ha alterado su rutina de vida en todos los aspectos: familiares, sociales, educativos, cognitivos, relacionales, de juegos... En algunas ocasiones, el confinamiento tuvo un impacto en la salud somática y en la salud emocional de la infancia. Ahora bien, la forma de expresión de este impacto emocional del confinamiento prolongado, será propia de cada etapa del desarrollo y de cada niño o niña en un contexto determinado y según los rasgos temperamentales y de carácter previos, la expresión infantil debe ser considerada de forma sindrómica, independientemente del diagnóstico clínico concreto, con el objeto de disminuir el posible estigma<sup>(37,38,39,40,41,42,43,44)</sup>.

Desde la perspectiva somática lo que más llamó la atención fue la posible tendencia a la obesidad, porque hubo un sumatorio de dos factores: disminución de la actividad física con actividades sedentarias y ligadas a las TIC y, en segundo lugar, una cierta hiperfagia, sobre todo de chuches y alimentos procesados ricos en hidratos de carbono.

Desde la perspectiva emocional destacaron las formas de expresión del desasosiego y malestar afectivo-emocional y vincular de la infancia y adolescencia derivadas, fundamentalmente, del confinamiento, sobre todo cuando

acontecía en condiciones de precariedad (muchos miembros familiares y vivienda pequeña):

- Expresión somática: Facilidad para descompensaciones de procesos crónicos (asma, diabetes...), quejas psicósomáticas diversas (dolores diversos: cefaleas, abdominalgias...), tendencia al sedentarismo y a la obesidad, alteraciones del ritmo, duración y presentación del sueño, trastornos esfinterianos.
- Expresión comportamental: Tendencia a reacciones comportamentales desmesuradas y disruptivas o bien de aislamiento social y enclaustramiento, irritabilidad o indolencia, inquietud psicomotriz incrementada o apatía, opositorismo y conductas regresivas (sobre todo de incontinencia esfinteriana).
- Expresión emocional: Incremento reacciones de ansiedad (miedo al contagio, vivencia familiar de la pandemia, ideas obsesivoides en torno a la infección y la enfermedad), alteración del sueño y de la alimentación (por hiper o por hipofagia), incremento de conductas adictivas sin sustancias (móvil, tablets) y alteraciones del humor y baja tolerancia a la frustración (llantos inmotivados, rabietas o aburrimento).
- Posibilidad de incremento de malos tratos, en cualesquiera de sus tipologías, sobre todo en circunstancias en las que ya existía factores de riesgo previo.
- Reacciones de duelo disfuncionales (ingresos de familiares en centros sanitarios sin poder ir a verles, fallecimientos de familiares o de amistades familiares o la respuesta familiar “amplificada” por el confinamiento).

Existen moduladores y modeladores de estas formas de presentación y que tienen unos determinantes muy claros: el temperamento y el carácter previo de cada niño o niña y del tipo de relaciones e interacciones previas existentes en

el seno de las familias y de la vivencia familiar en torno a la forma de establecer las normas y los límites en épocas previas a la pandemia, al padecimiento de la enfermedad y de la vivencia del duelo en su caso.

Aquí es importante señalar que el pronóstico al finalizar el confinamiento, si se introdujo con cautela un periodo de desconfinamiento paulatino y controlado, entonces el impacto en el infante fuese mucho menor. Si, por el contrario, el confinamiento persistiese en condiciones de elevada exigencia, no resultaría extraño que los niños, niñas y adolescentes se viesan sometidos a una situación de estrés de larga duración, aunque fuese de escasa intensidad.

Este estrés crónico, incluido el de bajo perfil e intensidad, pero mantenido en el tiempo, es el que tiene repercusiones de relieve para el conjunto de la infancia y la adolescencia, porque este tipo de estrés mantiene elevadas las tasas circulantes de cortisol que se transforma de ser un mecanismo de alarma a ser tóxico para el SNC (Sistema Nervioso Central), destruyendo conexiones dendríticas que no se recuperan, con lo que ello comporta (Kandel, 2005)<sup>(45)</sup>.

El confinamiento ha podido hacer que determinados niños, niñas o adolescentes hayan podido establecer un uso más intenso e intensivo de las TIC. Este uso ha podido pasar al abuso o bien al establecimiento de francas conductas adictivas sin sustancias, con sus formas de presentación sobre todo de tipo comportamental y relacional en el seno familiar.

Afortunadamente, no todos los niños, niñas y adolescentes han presentado problemas una vez ha finalizado el confinamiento. Pero también hemos de reconocer que, aunque sean un porcentaje pequeño los que presentan algún tipo de dificultades, al proyectarse sobre el conjunto poblacional infanto-juvenil podrían

ser un número importante el que pudiera ser subsidiario de una ayuda más específica.

## RUPTURA Y RETORNO A LA ESCOLARIDAD

Tras unos meses de confinamiento y otros tantos de desescalada, ha llegado el tiempo de iniciar la escolaridad y que, en este caso, es un reinicio, un retorno, un retomar las actividades cotidianas, pero en un contexto bien diferente (p.e. uso de mascarillas, distancia física, limitación en la utilización de juguetes)<sup>(30,31,32,33,34)</sup>.

Una suspensión de la escolaridad tan repentina como la acontecida en plena pandemia hace unos meses y para quedar confinados en casa tiene muchos efectos, desde los propios de la alteración del proceso de aprendizaje, el cambio de roles de las figuras parentales -sobre todo de la figura materna- que tenía que cuidarles, en ocasiones realizar teletrabajo y casi siempre supervisar las tareas del colegio. A ello sumamos la ruptura de la relación con los compañeros y amigos, que es el factor que más repetían los niños y niñas a la hora de verbalizar el impacto de la ruptura de la escolaridad.

Es cierto que en algunos casos la suspensión de la escolaridad tuvo un efecto beneficioso, lo comprobamos en chicos y chicas que eran acosados en el propio centro educativo, pues el ciberacoso tuvo la posibilidad de continuar durante el confinamiento, incluso más intensamente. También pudo ser positivo para aquellos infantes con actitudes regresivas y dependientes, en los que tenían cierta fobia escolar o dificultades relacionales de cierto relieve, los que presentaban somatizaciones y crisis de ansiedad por el hecho de la escolaridad, algunos casos de mayor gravedad, como los que estaban afectados de una estructura de discapacidad intelectual o con importantes problemas comportamentales o funcionamientos en el límite de la psicosis.

El retorno a lo “habitual” no se hace en las condiciones de otros inicios escolares, no solo por el hecho del confinamiento y el tiempo transcurrido, sino porque se suman otros factores actitudinales del conjunto del entorno de la comunidad educativa y que se fundamenta en la percepción, tanto subjetiva individual como de grupo, en torno al hecho mismo del inicio escolar.

En asociaciones de familias y en el profesorado existe un fondo de desconfianza hacia las normas que se les transmiten, lo que va a mediatizar la capacidad de contención, disminuyendo su eficacia contenedora y, con ello, dificultando la transmisión de confianza a los niños, niñas y adolescentes. En estas condiciones, los vínculos relacionales se tornan inseguros e insatisfactorios, mediados por niveles diversos de ansiedad, en el mejor de los casos, o bien de expresión comportamental (p.e. actos impulsivos, agresividad, agitación psicomotriz), de peores consecuencias, tanto por su estructura (actuación con escaso contenido de simbolización), como por su funcionamiento (prima el acting-out de tipo agresivo en la comunicación).

El retorno a las relaciones con los pares puede reactivar las situaciones de acoso escolar, con todas sus consecuencias devastadoras para la estabilidad emocional y relacional, pudiendo desarrollar fobias escolares de forma muy rápida y con presencia de síntomas somatizados y de alteración del humor, que pueden inducir a error en la posible asignación etiológica y, por lo tanto, en el abordaje terapéutico.

La confrontación con la tarea social del aprendizaje y la actividad escolar también puede verse afectada, habida cuenta de la tendencia a dispersar la atención que el proceso viriásico desencadena en la población infanto-juvenil. Una deficiencia de atención y concentración que no tiene nada que ver con el TDAH, aunque su expresión sea también kinética, por lo

tanto, es absurdo la prescripción de metilfenidato, atomoxetina u otra medicación similar.

No puede olvidarse que, en estos momentos, las actitudes de las familias y del profesorado (desconfianza, inseguridad, temor) interactúan con los niños, niñas y adolescentes a la hora de expresar su adaptación al retorno escolar y a la hora de enfrentarse con el aprendizaje, transmitiendo inseguridad y escasa confianza en los propios chicos y chicas.

## DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Los organismos internacionales como la OMS y Naciones Unidas plantean una intervención en los contenidos emocionales desde el principio y con el fin de promover dos aspectos fundamentales: el cuidado y medidas adecuadas para los momentos de transición de la pandemia<sup>(45,47)</sup>.

En el diseño de las medidas de transición es de gran importancia rescatar el diseño, la intervención y la investigación desarrolladas por equipos multidisciplinares<sup>(48)</sup> y que respondan a los principios de la ética asistencial<sup>(49)</sup>. Ambos aspectos han sido contemplados en nuestro país, aunque hayan existido dificultades para poder implementarlo, en algunas ocasiones.

En cuanto a las necesidades de Salud Mental deben centrarse, desde el inicio, en promover el cuidado de la familia en su conjunto<sup>(50)</sup> y de las relaciones e interacciones de ese sistema. Una opción interesante se plantea con los grupos que estimulan la intervención hacia la promoción del bienestar familiar y personal, con anterioridad a que se presenten los síntomas<sup>(51)</sup>. Como puente entre ambos tipos de intervenciones señaladas con anterioridad, es fundamental comprender qué significa el proceso de enfermedad en la infancia y la adolescencia<sup>(52)</sup>, para evitar intervenciones que podrían resultar iatrogénicas (p.e. potenciar

algunos síntomas y connotarlos como expresión de un trastorno concreto, medicar por la presencia de determinados síntomas aislados<sup>(53)</sup> y tener una dirección mayor hacia la promoción de salud en el marco de un contexto de la Salud Mental Comunitaria<sup>(54)</sup>.

Una condición a tener en cuenta está representada por la utilización adecuada del lenguaje en la comunicación con los niños. Debe ser un lenguaje adaptado a sus niveles de comprensión y a su etapa del desarrollo. Frases cortas, directas con palabras fáciles de comprender y de integrar por la mente infantil<sup>(55)</sup>, utilizar el juego o el dibujo como material de acercamiento y lugar a compartir, serán dos recursos de gran utilidad.

Cumplir la premisa expuesta con anterioridad constituye un primer paso para abordar el estrés<sup>(56)</sup>, lo que se complementará con juegos adecuados y participativos, ejercicios físicos de relajación y clarificar las dudas concretas que puedan surgir.

De esta suerte se pueden diseñar intervenciones que resalten los contenidos psicológicos y afectivo-emocionales<sup>(34,35,43,54,56,57,58)</sup>, a la par que aborda el confinamiento o la cuarentena y sus efectos.

Trabajar sobre los aspectos positivos y reforzar los vínculos, favorecen el desarrollo de lo que se denomina “resiliencia”. Tras el padecimiento de la enfermedad, la cuarentena, el confinamiento, la ruptura de la actividad escolar y la separación de sus amigos y actividades habituales, quizá la vivencia de un duelo familiar, todas son acciones impactantes, permitir comprender la situación, evitar la culpa y promover la superación del duelo, así se fortalece la resiliencia<sup>(59)</sup>.

En ocasiones habrá que evaluar el estado de la utilización de las TIC, por si ha existido un

hiperconsumo con síntomas o bien una conducta adictiva sin sustancias. En cualquiera de los casos debe establecerse el tratamiento adecuado a la conducta adictiva y a sus consecuencias relacionales en el seno de la familia, sobre todo en el caso de la expresión comportamental, que suele ser la más frecuente y la de mayor dificultad en el abordaje.

La pandemia ha desarrollado aspectos terapéuticos aplicados a la intervención psicoterapéutica. El confinamiento y la presencia de síntomas emocionales disfuncionales o la continuidad de procesos iniciados con anterioridad a la pandemia, ha hecho que también en la infancia y la adolescencia se inicie la actividad de sesiones psicoterapéuticas telemáticas. Una técnica de teleasistencia o asistencia no presencial que estaba muy poco desarrollada o reducida a una mera atención telefónica o de medios que no dejan rastro de la asistencia prestada, la pandemia ha puesto esta actividad en primera línea. Los profesionales de la Salud Mental Infantil tendrán que desarrollar esta técnica con plataformas consistentes y métodos fiables y las familias y los niños, niñas y adolescentes acostumbrarse a ello<sup>(60,61,62,63,64)</sup>.

## CONCLUSIONES

La pandemia ha evidenciado que el mundo emocional, afectivo y en definitiva, mental es relevante y tiene una importancia por sí mismo. Hay varios factores de interés a la hora de señalar la importancia en la infancia y la adolescencia de contemplar la intervención y la comprensión desde la salud mental, pero también desde los niveles político-administrativos.

La infancia no tiene una voz propia, pero demanda atención y cuidado desde una perspectiva de atención con proyección de futuro. Una interferencia en el desarrollo con el impacto de la pandemia es muy relevante: la enfermedad padecida por algún miembro de la

familia, fallecimientos y duelos familiares, la ruptura de la escolaridad y de las relaciones con sus amigos habituales, el confinamiento y sus consecuencias, los factores de “compensación” como el hiperconsumo de tecnologías de la información y la comunicación, la relación e interacción familiar, incluyendo la posible presencia de malos tratos o de violencia machista, la restricción de la movilidad.

El acontecimiento fundamental en la salud mental de la infancia y la adolescencia, como consecuencia del COVID-19, está por ser evaluado puesto que podrá tener su expresión definitiva, a medio y largo plazo, por el impacto de la pandemia sobre la organización de la personalidad y las experiencias emocionales.

Las intervenciones de abordaje de estas situaciones deben bascular en coberturas individuales (psicoterapias individuales o grupales), apoyo familiar (counseling o terapia familiar), trabajo de interconsulta y enlace con los servicios pediátricos, escolares y de servicios sociales, en definitiva, una concepción de salud mental infanto-juvenil de tipo comunitario que se enlace con la intervención de Salud Pública y de reconocimiento de la infancia y la adolescencia. Habrá una perspectiva de futuro a considerar: la teleasistencia en Salud Mental, con plataformas adecuadas, serán una realidad y hemos de saber integrarlas en esta situación asistencial.

Todo ello desde la perspectiva de promoción de la salud y prevención de la iatrogenia, evitando el alarmismo o la precipitación en la intervención clínica, sea diagnóstica y/o terapéutica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for action on Mental Health (Internet). 2020, august. Disponible en: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_covid_and_mental_health_final.pdf)
2. Balluerka Lasa N, Gómez Benito J, Hidalgo Montesinos MD, Gorostiaga Manterola A, Espada Sánchez JP, Padilla García JL & Santed Germán MA (2020): Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Bilbao: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
3. Pedreira JL. (2020) La salud mental en el post-COVID-19: Sobrepasar el sumatorio de síntomas para llegar a comprender la estructura psicopatológica. Sistema Digital, Jun 10 | La Opinión | <https://fundacionsistema.com/la-salud-mental-en-el-post-COVID-19-sobrepasar-el-sumatorio-de-sintomas-para-llegar-a-comprender-la-estructura-psicopatologica/>
4. WHO (2020) Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>
5. Proyecto Kids Corona del Hospital Sant Joan de Deu (2020) <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/ninos-tienen-prevalencia-anticuerpos-COVID-19-similar-adultos-pero-mayoria-con-sintomas-leves>
6. Unicef (2020): COVID-19: los efectos devastadores en la infancia. <https://www.unicef.es/noticia/COVID-19-los-9-efectos-devastadores-en-la-infancia>
7. Plataforma Infancia: Medidas prioritarias para la infancia en la crisis del COVID-19 (2020). [https://www.eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/documentos/1586249296\\_medidas-prioritarias-infancia-COVID-19.pdf](https://www.eapn.es/covid19/ARCHIVO/documentos/documentos/1586249296_medidas-prioritarias-infancia-COVID-19.pdf)
8. Zimmermann P, Curtis N. (2020) Coronavirus Infection in children Including COVID-19. *Pediatr. Infect. Dis. J.* may,; 39 (5): 355-68
9. Nature. Coronavirus latest: China study suggests children are as likely to be infected as adults. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00154-w>. Accessed March 7, 2020
10. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL & Clemens V (2020): 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 may, 14(1): 20

11. Cao Q, Chen, YC, Chen CL, Chiu CH. (2020) SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *J. Formos Med Assoc*, marzo; 119(3): 670-3

12. Unicef (2020). <https://www.unicef.es/noticia/covid19-urgencia-atencion-adecuada-y-temprana-la-salud-mental-de-los-ninos>

13. COP (2020). La ONU advierte del impacto del COVID-19 sobre la salud mental de los y las menores. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=8772](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8772)

14. Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica por la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia de España (2020): Salud Mental en la infancia y la adolescencia en la era del COVID-19. Informe de 156 páginas entregado al Ministerio de Sanidad, en junio de 2020.

15. Pedreira Massa JL. (2020). La infancia ante la infección por COVID-19. *Covid19saludmentalaapsmaen*. Disponible en: <https://covid19saludmentalaapsmaen.blog>. [www.aapsm.net](http://www.aapsm.net)

16. Golberstein E, Wen H & Miller BF. (2020) Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for children and Adolescents. *JAMA Pediatr* (Internet), 14 de abril. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764730>

17. UNSDG (2020): Policy brief: The impact of COVID-19 on children. (Internet), abril. Disponible: [https://unsdg.un.org/resources/\\*policy-brief-impact-COVID-19-children](https://unsdg.un.org/resources/*policy-brief-impact-COVID-19-children)

18. Ghosh R, Dubey M, Chatterjee S & Dubey S. (2020) Impact of COVID-19 on children: Special focus on psychosocial aspect. *Minerva Pediatr*. 13 may; 72.

19. Orgilés M, Morales A, Delveccio E, Mazzesci M, Espada JP. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Accesible en: <https://psyarxiv.com/5bpfz/>

20. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C et al (2020) The effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q* 21 de abril

21. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M & Somekh E. (2020): Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*. European Paediatric Association, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>

22. Tseng V. (2020). University of Colorado. Disponible en <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>

23. Huremović D (Edt). (2020) *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. NY: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-15346-5>

24. Sandin B, Valiente RM, García-Escalera J & Chorot P. (2020) Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology / Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25 (1), 1-22. Doi: 10.5944/rppc.27569. <http://www.aeppc.net>. <http://revistas.uned.es/index.php/rppc>

25. Thevenon O & Adema W. (2020) Combatting COVID-19 effect on children. *OECD*, may.

26. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ & Chen JC et al. (2020) Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (internet) 3 of may; disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

27. Dalton L, Rapa E & Stein A. (2020) Protecting the Psychological Health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc*, may; 4(5): 346-7

28. Green P (2020). Risk to children and Young people during COVID-19 pandemic. *BMJ*, 28 abril; m1669

29. Editorial: Children and social media. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Vol 391 January 13, 2018

30. Vinner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C et al. (2020) School Closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*, may; 4(5): 397-404
31. Brooks SK, Smith LE, Webster RK, Weston D, Woodland L, Hall I et al (2020): 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; 25 (13)
32. Polletti M & Raballo A (2020). Letter to the Editor: Evidence on school closure and children's social contact: Useful for Coronavirus disease (COVID-19)? *Eurosurveillance* (Internet), 30 de abril, 25(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201951>
33. Lee J (2020). Mental Health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* (Internet), abril; disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352464220301097>
34. The Lancet. *Child & Adolescent Health* (2020) Pandemic School closures: risk and opportunities. *Lancet Child Adolesc Health*, may; 4 (5): 341
35. Pedreira JL (Coord.) (2020): Principios generales para la salida de niños, niñas y adolescentes a la calle desde el confinamiento por la infección por Covid19. Madrid: Ministerio de Sanidad.
36. OMS (1993): Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: 10ª revisión. Madrid: Meditor.
37. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zang J & Jiang F (2020): Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 04..3.2020. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
38. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woogland I, Wessely S, Greenberg N et al (2020). 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
39. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J et al. (2020). Mental Health status among children in home confinement during the Coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China (2020). *JAMA Pediatr* (internet), 24 abril; disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>
40. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. (2020) 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267797>
41. Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J & Lu L. (2020) Mental Health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*, 27 march.
42. IPSOS (2020) ¿Cuáles son los efectos psicológicos del aislamiento? Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-es/COVID-19-cuales-son-los-efectos-psicologicos-del-aislamiento>
43. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L et al. (2020) Psychopathological consequences of confinement. *L'Encephale*, 22 abril
44. Office of the High Commissioner United Nations Human Rights. The Committee on the Rights of the Child warns of the grave psychical, emotional and psychological effect of the COVID-19 pandemic on children and calls on States to protect the rights of children. (internet) Abril. Disponible en: [https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ChildRights\\_2030Agenda.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ChildRights_2030Agenda.pdf)

45. Kandel E. (2005): Psychiatry, Psychoanalysis and the new biology of the mind. Washington: American Psychiatric Publishing.
46. WHO Regional Office for Europe (2020) Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Copenhagen: WHO, 24 april.
47. United Nations (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. NY: United Nations, 13 MAY 2020.
48. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Silver RC, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M & Bullmore E. (2020) Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry) Published online April 15 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
49. Romero Casabona C (Coord.) (2020): Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS.Cov-2. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME\\_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/200403-INFORME_PANDEMIA-FINAL-MAQUETADO.pdf)
50. Novins DK, Hendersos SW, Althoff RR, Billingsley MK, Cortese S, Drury SS *et al.* (2020) 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) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205658>
51. Bartlett J, Griffin J & Thomson D (2020): Resources for supporting Children's emotional wellbeing during COVID-19 Pandemic. (Internet). Disponible en: <https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-COVID-19-pandemic>
52. Pedreira JL (2005): Habilidades de comunicación con el paciente pediátrico: Comprendiendo al niño enfermo. Madrid: Ed. Just in time.
53. Pedreira JL (2012): Promoción de salud y promoción de salud mental. En A. Hidalgo Lavié & L.P. Martín Álvarez: Salud Pública, dependencia y Trabajo social. Madrid: Ed. Académicas- UNED, págs. 51-68
54. Pedreira JL, García-Barrero L, Menéndez F & Tsiantis Y (2020): Community Psychiatry in Child Mental Health: Therapeutic planning (en prensa).
55. UNICEF (2020) How to talk to your child about coronavirus disease 2019 (COVID-19) (Internet). Disponible en: <https://www.unicef.org/coronavirus/how-to-talk-child-about-coronavirus-COVID-19>
56. OMS (2020). Cómo ayudar a los niños y las niñas a afrontar el estrés durante el brote de coronavirus. (Internet). Disponible en: [https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7033\\_d\\_AyudarNinosEstres-coronavirus.pdf](https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7033_d_AyudarNinosEstres-coronavirus.pdf)
57. Duan L & Zhu G. (2020) Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, abril; 7 (4): 300-2
58. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J & Jiang F. (2020) Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The lancet*, march; 395(10228):945-7
59. Bartlett JD & Vivrette R. (2020) Ways to promote Children's Resilience to the COVID-19 Pandemic. *Children Trends*, abril; 4
60. DeLuca JS, Andorko ND, Chibani D, Jay SY, Rakhshan Rouhakhtar PJ, Petti E *et al.* (2020) Telepsychotherapy with youth at clinical risk for psychosis: Clinical issues and best practices during the COVID-19 pandemic. *J Psychother Integr*, june; 30 (2): 304-31

61. Blanco Sánchez C. (2001) ¿Es posible la psicoterapia con internet? En J.L. Pedreira (Dir.): Módulo 1 Curso on line sobre Intervenciones Psicoterapéuticas en la infancia y la adolescencia (1ª Edición)
62. Roth DE, Ramtekkar U & Zenovic-Roth S. (2019) Telepsychiatry: A new Treatment Venue for Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* July; 28 (3): 377-95. Doi: 10.1016/j.chc.2019.02.007. Epub 2019 Apr 4.
63. Tomines A. (2019) Pediatric Telehealth: Approaches by Specialty and implications for General Pediatric Care. *Adv Pediatr.* Aug; 66: 55-85. Doi: 10.1016/j.yapd.2019.04.005. Epub 2019 May 27.
64. Khairat S, Meng CH, Xu Y, Edson B & Gianforcaro R. (2020) Interpreting COVID-19 and Virtual Care Trends: Cohort Study. *JMIR Public Health Surveill.* April, 15; 6 (2): e18811. Doi: 10.2196/18811