



Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19

Impact on mental health of children and adolescents in Lima city in the context of COVID-19

Militza Alvarez ^{1,a}, Jose-Pablo Arias ^{1,b}, Giannina Morón ^{1,c}, Rocio Ramírez ^{1,d}, Julissa Cayo ^{1,e}, Rolando Pomalima ^{1,f}

RESUMEN

Los problemas de salud mental en niños y adolescentes tienen una elevada incidencia en el Perú y a nivel mundial. Sin embargo, los estudios sobre las repercusiones psicológicas de la pandemia de Covid-19 en niños y adolescentes en el Perú son insuficientes. El objetivo general fue identificar la magnitud de los principales problemas de salud mental en la población infanto-juvenil de Lima (Perú) relacionados con la Covid-19. El estudio fue descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 2639 niños(as) y adolescentes. Se emplearon los siguientes instrumentos: Ficha demográfica y socioeconómica, Cuestionario sobre experiencias, conductas e impacto relacionadas a la Covid-19, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes, Cuestionario de Violencia Familiar, Cuestionario “Como es tu Familia”, Escala Adolescent Family Process, Inventario de Conductas Parentales y Cuestionario sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Entre los aspectos de la conducta parental percibidos por los adolescentes, se halló que alrededor de la mitad de ellos experimentaban rara vez un conflicto con sus madres o padres. El miedo a que algún ser querido enferme o muera por la Covid-19 fue el más frecuente en los niños(as) de 6 a 11 años y en los adolescentes (63% y 63.6% respectivamente). El 44.4% de los informantes de los niños de 1.5 a 5 años, refirieron que utilizaban el castigo físico, frente a un 60.3% en niños(as) de 6 a 11 años. Los adolescentes reportaron haberlo sufrido en un 59.3%. El miedo a separarse de una figura de apego se presentó en un 45.7% de niños(as) de 6 a 11 años. Más del 80% (n = 2227) de la muestra contaba con algún seguro de salud. La tercera parte de la muestra (n = 870) presentó problemas emocionales y/o de conducta, de los cuales 714 no recibieron atención. Se concluye que, en los seis meses previos a la encuesta, los principales trastornos clínicos, así como el maltrato físico y psicológico y el abuso sexual en la población infanto-juvenil se incrementaron en comparación con la época de pre-pandemia. La frecuencia de la comunicación entre padres y sus hijos de 1.5 a 11 años tuvo una cierta mejoría. El acceso a servicios es un punto crítico en la atención.

PALABRAS CLAVE: epidemiología, niños, adolescentes, salud mental, covid-19.

¹ Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

^a Psicóloga, Doctora en psicología

^b Médico psiquiatría especialista en niños y adolescentes

^c Psicóloga, Licenciada en psicología

^d Médico psiquiatría especialista en niños y adolescentes

^e Médico psiquiatría especialista en niños y adolescentes

^f Médico psiquiatría especialista en niños y adolescentes, Master en psicología especialidad en psicología de la educación

SUMMARY

Mental health problems in children and adolescents have a high incidence in Peru and worldwide. However, studies on the psychological repercussions of the pandemic of Covid-19 on children and adolescents in Peru are insufficient. The general objective was to identify the magnitude of the major mental health problems in the child and adolescent population in Lima (Peru) related to Covid-19. This study was descriptive-transversal. The sample was of 2639 children and adolescents. We used the following instruments: demographic and socioeconomic file; Questionnaire on experiences, behaviors and impact related to Covid-19; International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents; Family Violence Questionnaire; "How is your Family" Questionnaire; Adolescent Family Process Scale; Parental Behavior Inventory and Questionnaire on determinants of access to health services in Peru. Among issues of parental behavior perceived by adolescents, we found that almost a half of them seldom experienced conflicts with their mothers or fathers. Fear to have some beloved being ill or dead because of Covid-19 was the most frequent among children between 6 to 11 years old and adolescents (63.0% and 63.3%, respectively); 44.4% of children from 1.5 to 5 years old, 60.3% of children from 6 to 11 years old and 59.3% of adolescents suffered physical abuse. The fear of separating from an attachment figure is present in 45.7% among children from 6 to 11 years old. More than 80% (n = 2227) of the sample had some kind of health insurance. One third (n = 870) had emotional and behavioral problems, of which 714 did not received care. It is concluded that, in the six months prior to the survey, the major clinical disorders, as well as physical, psychological and sexual abuse in the child and adolescent population increased compared with pre-pandemic time. Frequency of communication between parents and their children from 1.5. to 11 years old had some improvement. Access to services is a critical point in care.

KEYWORDS: epidemiology, children, adolescents, mental health, covid-19

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio fue explorar el estado de salud mental, así como los aspectos relacionados al bienestar y conductas, en la población infanto-juvenil de Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19, para poder identificar problemas conductuales y emocionales en dicha población. Estos resultados son importantes para la formulación de políticas públicas en salud mental y para plantear modelos de atención e intervención; fomentando espacios de tamizaje de problemas psicológicos junto a programas innovadores de fortalecimiento emocional para los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Los problemas de salud mental en niños(as) y adolescentes tienen una alta y variada incidencia tanto en el Perú (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002; Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", [INSM HD-HN], 2007), como también a nivel mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021). A pesar de la magnitud de esta problemática, todavía no ha sido reconocida de manera suficiente por muchos gobiernos. Es así que un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020), destaca que los adolescentes y jóvenes merecen una atención especial, no sólo porque las condiciones de salud mental se desarrollan en este

período de la vida, sino también por la percepción negativa que ellos puedan desarrollar sobre su futuro.

La actual pandemia de la Covid-19 ha generado temor en la población; por lo tanto, en ese contexto, la exploración de la salud mental adquiere una mayor prioridad en nuestra sociedad. La investigación previa ha revelado un rango profundo y amplio de impactos psicosociales a nivel individual, familiar, comunitario e internacional, en especial en los grupos más vulnerables durante los brotes de la infección. A nivel individual las personas tienden a experimentar temor de caer enfermos o morir, sentimiento de desesperanza y estigma. Los niños(as) y adolescentes sufren un impacto considerable en su desarrollo y por ello es necesario contar con información de sus mecanismos de afrontamiento en situaciones de crisis.

A nivel internacional, Wang et al. (2020) estudiaron los factores asociados y las respuestas psicológicas inmediatas durante la pandemia por el coronavirus en la población general en China. En dicho estudio, la cuarta parte de la muestra fueron adolescentes. Concluyeron que más de la mitad de los entrevistados (que en total sumaron 1210) experimentaron un impacto psicológico de moderado a severo y cerca de un tercio, una ansiedad de moderada a severa; así como mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Asimismo, Saurabh y Ranjan (2020) al estudiar en India el impacto psicológico y cumplimiento de la cuarentena en niños(as) y adolescentes debido a la pandemia de la Covid-19, hallaron que los niños(as) y adolescentes en confinamiento experimentaron un mayor estrés psicológico que los no confinados ($p < .001$); asimismo, los sentimientos más comúnmente experimentados fueron preocupación (68.5%), desesperanza (66.1%) y miedo (61.9%) bajo la cuarentena. Orgilés et al. (2020), encontraron que el 85.7% de los padres en Italia y 88.9 % de los padres en España observaron cambios en las conductas y estados emocionales en sus niños(as) durante la cuarentena, tales como: más ansiosos (28.4%), tristes (23.3%), con miedo a la infección por la Covid-19 (23.1%) y más preocupados cuando alguien salía de la casa (22%), concluyendo que tanto los niños(as) como sus padres se ven afectados por una situación tan estresante como la cuarentena. Por otro lado, Singh et al. (2020) encontraron que, a pesar de que la infección por la Covid-19 entre menores es baja, el estrés que afrontan los niños(as) y adolescentes los coloca en una situación altamente vulnerable.

Imran et al. (2020) realizaron una revisión sistemática efectuando búsquedas en tres bases de datos electrónicas: PubMed, Scopus, e ISI Web of Science. La revisión incluyó diez estudios, de los cuales tres investigaron efectos psicológicos durante la pandemia en niños y adolescentes; estos últimos informaron inquietud, irritabilidad, ansiedad, falta de atención y problemas significativos de separación. Asimismo, en uno de los estudios citados en una revisión sistemática realizada por Loades et al. (2020) en Inglaterra, se halló que durante las pandemias previas (H1N1/SARS/Gripe aviar), los niños(as) y adolescentes que experimentaron aislamiento forzado o cuarentena tuvieron cinco veces más probabilidad de requerir de los servicios de salud mental y presentaron niveles mayores de estrés postraumático.

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM HD-HN) desde el año 2002 viene estudiando la situación de la salud mental de los adultos y adolescentes, en 17 ciudades de las tres regiones naturales del país: costa, sierra y selva. En el año 2007 se desarrolló por primera vez un estudio epidemiológico en Lima Metropolitana, el cual reveló que la prevalencia de los problemas de salud mental en niños y adolescentes varió entre 20.3%, 18.7% y 14.7% en intervalos de edad de 1.5 a 5 años, 6 a 10 años y 11 a 17 años respectivamente (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007). El informe

del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2020) revela que el 36% de niños y adolescentes estaban en riesgo de tener problemas de salud mental, más de la mitad de menores de 18 meses estaban en riesgo (52.2%), así como un tercio de niños entre 18 y 59 meses (32.2%) y un tercio de los niños mayores de cinco años (33%), no encontrándose diferencias por sexo.

En este marco, el presente estudio busca conocer el estado de la salud mental, así como aspectos relacionados a los trastornos clínicos, como maltrato, abuso sexual, reacciones a la pandemia y conductas de riesgo en la población infanto-juvenil de Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19. Así como también, obtener datos sobre el rol de la familia como factor interviniente en el desarrollo humano, para de esta manera conocer la calidad de las relaciones parento-filiales, expresión de afecto al interior de la familia, la percepción de los adolescentes de las conductas parentales y la manera como los padres evalúan sus propias prácticas de crianza. Por lo expuesto, la presente investigación pretende establecer el estado de salud mental, así como aspectos relacionados al bienestar y conductas en la población infanto-juvenil de Lima Metropolitana en el contexto de la Covid-19.

MATERIAL Y METODOS

Diseño

Estudio de tipo descriptivo-transversal.

Participantes

El tamaño de la muestra fue de 2639 niños(as) y adolescentes. La muestra comprendió tres grupos de estudio: Niños(as) de 1.5 a 5 años ($n=841$); Niños(as) de 6 a 11 años ($n=1003$) y Adolescentes de 12 a 17 años 11 meses ($n=795$), residentes en viviendas particulares de la ciudad de Lima (provincia de Lima) y la Provincia Constitucional del Callao. La muestra fue compleja (bietápica y estratificada), con probabilidades iguales de selección en cada una de sus etapas. En la primera etapa se seleccionaron las líneas de telefonía móvil de cada una de las empresas con igual probabilidad y de manera independiente considerando los dos dígitos finales; y en la segunda etapa se seleccionaron para la entrevista, mediante la Tabla de Kish, niños de 1.5 a 5 años; niños entre 6 años y 11 años y adolescentes entre 12 y 17 años residentes permanentes en las viviendas. Para los dos primeros grupos se obtuvo la información

a través de los padres o tutores, mientras que en los adolescentes fue de manera directa.

El tamaño de la muestra fue determinado tomando en cuenta los siguientes criterios: 1) parámetro de referencia, prevalencia aproximada promedio de problemas de salud mental moderados a severos, 20%, obtenido en los estudios internacionales sobre el impacto de la pandemia (Santomauro et al., 2021), 2) Margen de error: +/- 2 puntos porcentuales en torno del valor esperado del parámetro de referencia, 3) Nivel de confianza de 95% y 4) tasa de no-respuesta esperada: 75 %, debido a que la encuesta iba a ser vía telefonía móvil.

Definición de variables

Variables sociodemográficas y asociadas

- Edad. Registrada como variable cuantitativa continua según unidades de análisis. Es medida en una escala ordinal, según tres grupos etarios.
- Sexo. Masculino y femenino. Escala nominal.
- Estado civil. Soltero, casado, conviviente, separado, viudo o divorciado. Es medido en una escala nominal.
- Nivel de instrucción. Se registran las categorías: sin instrucción, inicial/preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, bachillerato, superior no universitario, superior universitario y postgrado. Se presentan como alternativas múltiples y se mide como escala ordinal. Para efectos del número de años de instrucción se ha considerado el inicial/preescolar como un año.

Trastornos Mentales y del Comportamiento

- Síndrome de Maltrato. Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre cualquier persona; que ocurre en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, o psíquica, así como, el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo. Es evaluado con escalas nominal y ordinal. Incluye:
 - ✓ Negligencia o Abandono. Desatender las necesidades del niño(a) y los deberes de guarda y protección y/o cuidado inadecuado del niño(a).

- ✓ Emocional. Puede ser por una acción capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a las necesidades del niño(a) según los estadios evolutivos y sus características.
- ✓ Sexual. Implicación de niños(as) en actividades sexuales para satisfacer las necesidades de un adulto.
- Trastorno afectivo. Se refiere al episodio depresivo, no incluye manía. Es medido en una escala nominal.
- Trastorno de ansiedad. Corresponde a todos los trastornos de ansiedad clínicamente diagnosticables, como el trastorno de angustia, de ansiedad generalizada, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y ansiedad de separación. Es medido en una escala nominal.
- Trastorno por déficit de atención. Incapacidad para prestar atención a detalles, o para mantener la atención en la tarea, incluyendo errores en el desarrollo de la misma; con fácil distraibilidad ante estímulos externos, que afectan el rendimiento académico y social y que pueden generar problemas con los padres, profesores o amigos. Es medido en una escala nominal.
- Trastorno negativista. Trastorno que se caracteriza por una forma persistente y reiterada de comportamiento agresivo o retador, especialmente hacia las figuras de autoridad. Es medido en una escala nominal.
- Trastorno de conducta o Trastorno disocial. Trastorno que se caracteriza por una forma persistente y reiterada de comportamiento agresivo o retador, sin respetar los derechos fundamentales de los demás, las normas y reglas sociales. Es medido en una escala nominal.
- Trastorno adaptativo. Es una reacción emocional y conductual, que se desarrolla al cabo de tres meses de vivir una situación de estrés, y que es más fuerte de lo que se esperaría para el tipo de evento que ocurrió. Es medido en una escala nominal.
- Duelo. Problemas emocionales o de conducta que son causados en su totalidad por la pérdida de un ser querido o algo muy querido por él(ella) y son similares en severidad y duración a los que otros sufrirían bajo circunstancias similares. Es medido en una escala nominal.

Familia, Niñez y Adolescencia

- Conducta parental. Constelación de comportamientos aplicados hacia el niño(a) y que, tomados en conjunto, crean un clima emocional determinado. Es medido en una escala ordinal.
- Comunicación madre/padre-hijos(as). Se refiere a la satisfacción de los interlocutores cuando conversan, expresan sentimientos, son entendidos o, inversamente, el grado de dificultad que tienen los hijos(as), cuando se comunican con su madre, padre y/o tutor(a). Es medido en una escala ordinal.
- Percepción de la función parental. Apreciación por parte del hijo(a) de cuáles son las características del rol que desempeñan los padres en su cuidado. Es medido en una en una escala ordinal.

Módulo de Acceso a Servicios

- Acceso a servicios de salud mental. Se refiere a la utilización de servicios de salud, basándose en la percepción de problemas de salud mental, por parte del entrevistado y en la exploración de las características de la búsqueda de ayuda. Es medida a través de una escala nominal.
- Barreras en el proceso de búsqueda de atención. Respuesta a preguntas sobre motivos que influyeron en el no-acceso o acceso tardío a la atención. Es medida en una escala nominal.
- Búsqueda de apoyo profesional. Señala la conducta activa de solicitar consejo o ayuda profesional o comunitaria para resolver sus problemas. Es medida en una escala ordinal.

Reacciones ante la Covid-19.

Respuestas emocionales y somáticas ante la pandemia que ocasionan afectación considerable en las personas. Se mide en una escala nominal.

Instrumento

Se utilizaron algunos de los instrumentos empleados en los estudios epidemiológicos del INSM HD-HN (2007), los que pasaron por un estudio piloto realizado en la ciudad de Ica y focus groups para adaptar los cuestionarios. Además, se realizaron ensayos en conjunto con los especialistas (médicos, enfermeras y psiquiatras de la Dirección Especializada de Investigación, Docencia y Atención Especializada

de Niños y Adolescentes). Las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados se comentan en la presentación de los instrumentos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao, 2007 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007).

Los cuestionarios fueron elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

Ficha de datos demográficos y socio económicos al padre o madre que respondió la entrevista. La cual incluyó edad, sexo, lugar de nacimiento, tiempo residiendo en Lima, estado civil, características de empleo y educación según las definiciones o indicadores establecidos en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI, en el año 2000.

Cuestionarios sobre experiencias, conductas e impacto relacionadas a la Covid-19. Fue elaborado por el equipo de investigadores del estudio. Se incluyeron preguntas sobre la comunicación efectiva, expresión emocional y miedo en niños(as) y adolescentes y sus familias en la adopción de las medidas relacionadas con la pandemia y el confinamiento.

MINI-KID: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes. El MINI KID, creado por Sheehan et al. (1998), es una entrevista diagnóstica clínica estructurada, que fue desarrollada en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10 y dirigida a los niños(as) y adolescentes (de 6 a 17 años 11 meses). Se incorporaron los siguientes trastornos: episodio depresivo mayor, trastorno de ansiedad de separación, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, estado de estrés postraumático, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad generalizada y trastornos adaptativos; los cuales han seguido los algoritmos originales de la prueba para su diagnóstico. Para el presente estudio y por tratarse de una población sensible (adolescentes que no toleran una entrevista prolongada) se realizó una adaptación en relación a los criterios diagnósticos, reduciendo las preguntas originalmente incluidas en el instrumento.

Cuestionario de Violencia Familiar. Se utilizó un cuestionario abreviado, el cual fue diseñado por expertos del INSM HD-HN (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007).

Escala Adolescent Family Process (AFP). El instrumento posee seis dimensiones: cercanía, soporte, monitoreo, comunicación, conflicto y aprobación de pares. La adaptación peruana demostró que existe una validez transcultural del constructo y confiabilidad del mismo (Molinero, 2006). En el presente estudio se realizó una simulación de los posibles valores para determinar los baremos en el presente estudio, utilizando el programa estadístico RStudio.

Inventario de Conductas Parentales (ICP). Instrumento de autorreporte diseñado para capturar dos dimensiones globales e independientes de la conducta de crianza: hostilidad/coerción y soporte/compromiso en madres/padres de niños de edad preescolar y primeros años de escolaridad. Existen evidencias de la validez interna y constructo del ICP para capturar las conductas de crianza relevantes dentro de dos constructos de amplio rango, resultados del estudio en una muestra peruana (Merino et al., 2004). Los autores realizaron una simulación de los posibles valores para determinar los baremos en el presente estudio, utilizando el programa estadístico RStudio.

Cuestionario “Cómo es tu Familia” – Formato para Hijos de 10 a 19 años. Instrumento patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación W. K. Kellogg (1996). Tiene como fin básico discriminar diversos grados y tipos de funcionamiento familiar e identificar factores del funcionamiento familiar que sean predictores de riesgo para la salud del adolescente. Sus preguntas fueron validadas en el Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes de Lima Metropolitana y Callao (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007).

Cuestionario sobre Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. El INEI introdujo preguntas sobre acceso a servicios de salud para la Encuesta Nacional de Hogares 1998 (Lama, 2000), algunas de ellas fueron adaptadas para el módulo de la salud mental y se agregaron otras más en base a la revisión de la literatura. Se incluyeron preguntas específicas que buscan indagar sobre la relación entre la presencia de problemas de salud mental y acceso a servicios y la pandemia de la Covid-19.

Procedimiento

Se empleó el método de entrevista directa, con personal debidamente capacitado. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas telefónicas, llevadas a cabo entre el 01 de noviembre y el 15 de diciembre

del 2020. El aplicativo por el cual se realizó el ingreso de datos de las encuestas fue Redcap, donde además se estructuró diversos controles de calidad para la base de datos. Además, los supervisores realizaron breves re-llamadas como control de verificación de las encuestas. Los instrumentos fueron corregidos de acuerdo a las fichas técnicas y baremos respectivos, a excepción del MINI-KID, en el cual, en base a las respuestas dadas por los informantes (acerca de una variedad de síntomas), se siguieron los algoritmos sugeridos en base a los criterios diagnósticos del CIE 10 (resultados que se pueden apreciar en las Tablas 1 y 2).

Análisis de Datos

Se calcularon las prevalencias incorporando los factores de expansión calculados según el diseño muestral mediante el módulo de muestras complejas del software estadístico SPSS V27. Se presentaron tablas de frecuencia con las prevalencias calculadas acompañados de los intervalos de confianza al 95%.

Aspectos Éticos

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del INSM HD-HN. Antes del inicio de la encuesta, fue un requisito primordial la solicitud del consentimiento y asentimiento informados (este último, en el caso que el entrevistado fuera un adolescente); los cuales fueron leídos por los encuestadores, de aceptar se continuaba y en caso contrario se daba por culminada la entrevista. Se aseguró la absoluta confidencialidad de los datos reportados por los encuestados. Para el caso de que al momento de la entrevista se detectara algún problema de salud mental que ponga en riesgo inminente la vida o la integridad física y/o psicológica del niño(a) o adolescente, se diseñaron dos guías para brindar apoyo emocional, así como alternativas de afronte ante estas dificultades.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 2639 niños(as) de 1.5 a 5 años en un 31.9%, niños(as) de 6 a 11 años en un 38% y adolescentes de 12 a 17 años en un 30.1%. La Figura 1 presenta la distribución de la muestra según estos grupos de edad y sexo. Se aprecia que la variable sexo tuvo una distribución homogénea entre los diferentes grupos de edad. El informante mayormente fue la madre quien generalmente tenía grado de instrucción secundaria/bachiller y era conviviente.

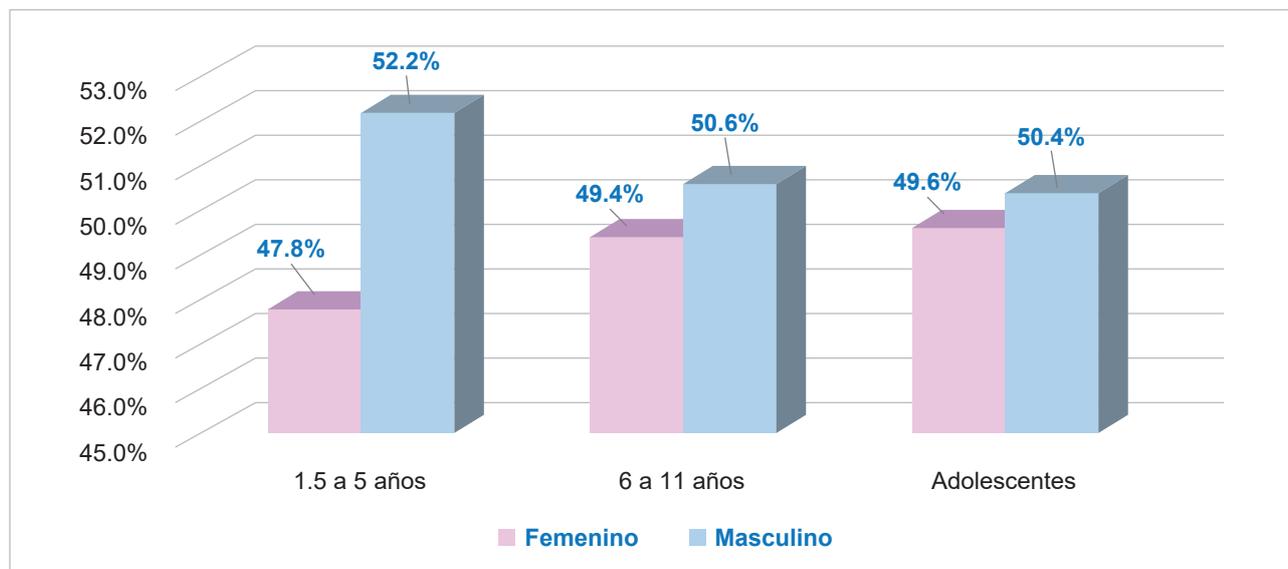


Figura 1. Distribución de la muestra según grupo etario y sexo.

Se evaluó la prevalencia de dos estilos de conducta parental: la conducta hostil/coercitiva (estilo disciplinario punitivo: uso de gritos, castigos físicos o verbales y reactividad mayor a la esperada) y la conducta de apoyo/compromiso (estilo disciplinario con calidez para el desarrollo emocional adecuado en el niño(a), destinado a generar comodidad y sensación de aceptación en este). El 31.1% de los informantes de niños de 1.5 a 5 años y el 30.1% de los informantes de niños de 6 a 11 años declararon una baja conducta hostil/coercitiva y baja conducta de apoyo/compromiso, respectivamente. En cambio, el 25.5% y el 26% de cada uno de estos grupos (respectivamente) revelaron tener una alta conducta hostil/coercitiva y alta conducta de apoyo/compromiso.

En la Figura 2 se muestran los porcentajes de respuesta a diferentes indicadores de función parental

percibida por los adolescentes. En relación con el rol materno, los adolescentes están de acuerdo frecuentemente con su cercanía (proximidad emocional y sensación de afecto y comprensión adecuados), monitoreo (conductas de supervisión y el conocimiento por parte de los padres de las actividades que realizan sus hijos), y aprobación de sus pares (aceptación que las madres manifiestan respecto a los amigos que tienen sus hijos y se relaciona con la autonomía y con la confianza en sus propias elecciones); pero, en desacuerdo con su soporte (sentirse aceptado y valorado). Además, describen que rara vez establecían un conflicto con su madre o con su padre. En relación con la figura paterna, los adolescentes están de acuerdo con la cercanía y monitoreo, y en desacuerdo con su soporte. Además, describen que rara vez el padre aprueba a sus pares.

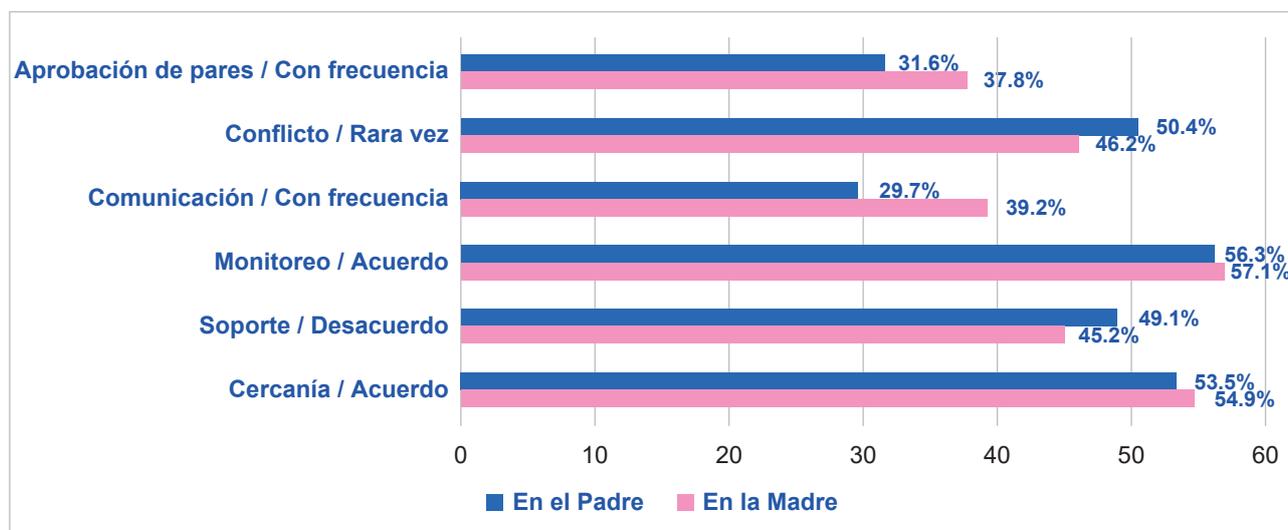


Figura 2. Función parental percibida por los adolescentes

Al preguntarles a los informantes de los niños de 1.5 a 5 años sobre qué temas les producían estrés, ellos revelaron que este se incrementa mayormente por temas como: la Covid-19, delincuencia, confinamiento, dinero, salud y trabajo. En el caso de los niños de 6 a 11 años el estrés está relacionado principalmente por temas referentes a la Covid-19, delincuencia, confinamiento, salud y trabajo.

A continuación, reportamos el porcentaje de familias en que se registraron los siguientes indicadores de funcionamiento familiar. El 87.5% de las familias en el grupo de 1.5 a 5 años y el 82.5% de las familias en el grupo de 6 a 11 años indicaron que casi siempre les gusta pasar juntos el tiempo libre. En el grupo de 1.5 a 11 años, los miembros de la familia expresan entre ellos lo que desean (68.5%) y se piden ayuda unos a otros (79.5%). Se toma en cuenta las ideas de los niños(as) en la solución de los problemas predominantemente a partir de los 6 años en un 48.9%. Al tener problemas, no es raro que la familia se reúna para afrontarlos (82%) y los miembros se turnen en las tareas o responsabilidades de la casa en un 61%. Comparten con los parientes cercanos los eventos importantes (58.5%) y se sienten satisfechos con la relación entre ellos en un 70%. Se encontró que en el 7.4% del grupo de los niños(as) de 6 a 11 años en los últimos seis meses afectó mucho a su familia la incapacidad física, enfermedad grave o crónica o el internamiento en un hogar o asilo de algún miembro de la familia. Las dificultades en la adaptación a clases virtuales ocurrieron y afectó mucho en un 17% en niños(as) de 1.5 a 5 años y en mayor medida (22.3%) en los niños(as) de 6 a 11 años. Los cambios importantes en el trabajo (positivos o negativos) ocurrieron y afectaron a los padres/tutores o apoderados

de niños(as) de 1.5 a 11 años en promedio en un 35%. Existían problemas de dinero que los afectó mucho en un 38% de las familias. Se quedaron sin vivienda y/o sin comida, el triple de familias del grupo de 1.5 a 5 años (3.3%) en comparación con el de 6 a 11 años (1.1%).

Con respecto a la comunicación efectiva, los informantes de los niños de 1.5 a 5 años respondieron que les satisfacía cómo conversaban con sus hijos antes de la cuarentena casi siempre en un 75.3%, lo que varió después de ésta a un 88.5%. Mientras que en el grupo de 6 a 11 años manifestaron que antes de la cuarentena casi siempre lo hacían en un 75.1% y después de esta en un 85.7%. En la dimensión expresión emocional, los informantes de los niños(as) de 1.5 a 5 años respondieron que se les hacía fácil expresarles sus sentimientos antes de la cuarentena, casi siempre en un 76.2% y posterior a esta en un 84.6%. Para la misma dimensión, los informantes de los niños(as) de 6 a 11 años respondieron que se les hacía fácil expresarles sus sentimientos antes de la cuarentena, casi siempre en un 70.5% y posterior a esta en un 82.1%.

En la Figura 3 se muestra el porcentaje de niños(as) entre 6-11 años y adolescentes que experimentaron diversos miedos en relación con la pandemia. El miedo a que algún ser querido enferme o muera por la Covid-19 fue el más frecuente en ambos grupos etarios (63% y 63.6% respectivamente). En segundo lugar, lo ocupó el miedo a no volver a jugar con sus amigos en un 49.9% en niños de 6 a 11 años y estar contagiado de la Covid-19 en adolescentes en un 38.5%. El miedo a estar en confinamiento fue experimentado por el 39.1% de los niños de 6 a 11 años y el 26% de los adolescentes.

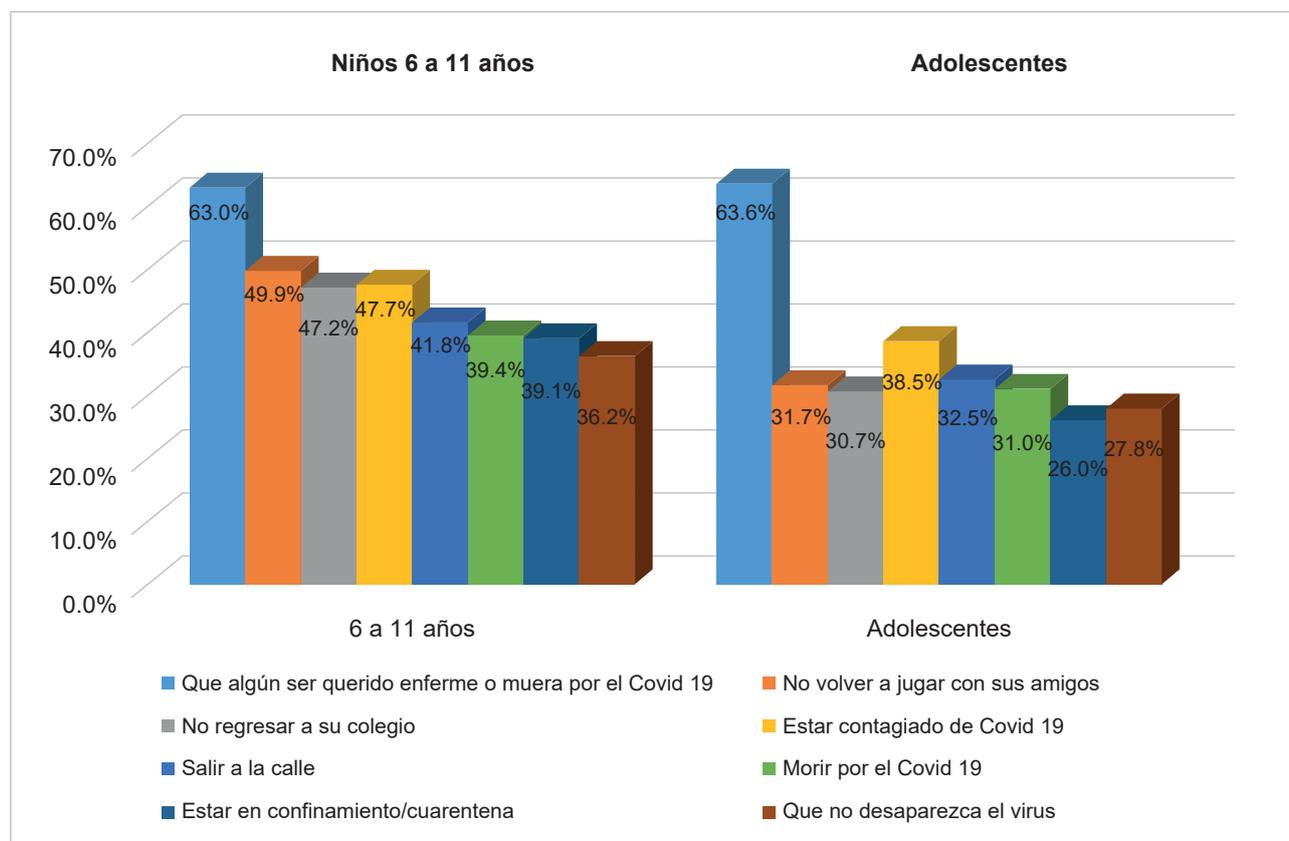


Figura 3. Miedos con relación a la pandemia en niños(as) de 6 a 11 años y adolescentes.

En cuanto a la variable abuso sexual, los informantes reportaron que, a partir de los 6 años, 0.7% fueron víctimas de seducción sexual (se refiere a inducir o persuadir a través de regalos, ofrecimientos de regalos, propuestas, insinuaciones, engaños, etc., con el fin de obtener una respuesta sexual). El(la) abusador(a) fue un conocido en un 54.3% de los casos, el 56.6% reportó no saber la edad del agresor(a) al momento de la seducción y el 88.2% no realizaron la denuncia. Asimismo, 1.8% de niños(as) de 6 a 11 años fueron víctimas de manoseo o tocamientos por parte de un conocido entre los 5 y 9 años; un 48.5% de estos actos fueron cometidos por un familiar y se denunció en un 41.4%. Los adolescentes reportaron haber padecido algún tipo de abuso sexual (tocamiento, rozamiento genital, intento de penetración, masturbación [de la víctima o del victimario en presencia de la víctima], proposición de actividad sexual, violación anal o vaginal y sexo oral) en un 6.3% durante este periodo de vida.

El 44.4% de los informantes de los niños de 1.5 a 5 años, refirieron que utilizaban el castigo físico, frente a un 60.3% en niños(as) de 6 a 11 años. Los adolescentes reportaron haberlo sufrido en un 59.3% en algún

momento de su vida. Por otro lado, los informantes de los niños(as) de 1.5 a 5 años refirieron recurrir al maltrato psicológico en un 25%, a diferencia del grupo de niños de 6 a 11 años en donde se reportó en un 34.4%. El 40.7% de los adolescentes indicaron recibirlo alguna vez. Asimismo, el 0.6% de los niños(as) de 1.5 a 5 años sufrieron maltrato por negligencia (e. g., tuvieron que vender caramelos, limpiar carros, cantar por dinero y/o lustrar zapatos) frente a 1.1% de los de 6 a 11 años y 5.4% de adolescentes.

La Tabla 1 muestra la prevalencia de varios trastornos clínicos en niños(as) de 6 a 11 años. Se halló que el episodio depresivo mayor está presente en un 21.3% (n = 214); el miedo a separarse de una figura de apego en los últimos 6 meses se presenta en un 45.7% (n = 456) y el déficit de atención se presentó en un 12.7% (n = 129: 104 niñas y 25 niños). Por otro lado, de acuerdo con los datos que se muestran en la Tabla 2, en la población adolescente los trastornos clínicos resaltantes fueron el episodio depresivo mayor en un 28% (n = 221), el trastorno negativista desafiante actual en un 24% (n = 182) y el trastorno de ansiedad generalizada en un 10.8% (n = 89).

Tabla 1. Prevalencia de Trastornos Clínicos en Niños(as) de 6 a 11 Años

TRASTORNOS CLÍNICOS	n	%	IC (95%)
Episodio depresivo mayor			
No	789	78.7%	[75.9%, 81.3%]
Si	214	21.3%	[18.7%, 24.1%]
Trastorno de angustia en algún momento de su vida			
No	995	99.1%	[98.1%, 99.6%]
Si	8	0.9%	[0.4%, 1.9%]
Crisis de angustia con síntomas limitados actual			
No	956	94.8%	[93.0%, 96.2%]
Si	47	5.2%	[3.8%, 7.0%]
Trastorno de angustia en los últimos 6 meses			
No	963	95.7%	[94.1%, 96.9%]
Si	40	4.3%	[3.1%, 5.9%]
Miedo a separarse de una figura de apego últimos 6 meses			
No	547	54.3%	[54.0%, 57.6%]
Si	456	45.7%	[42.4%, 53.0%]
Miedo a separarse de una figura de apego el último mes			
No	853	85.0%	[82.4%, 87.2%]
Si	153	15.0%	[12.8%, 17.6%]
TDAH Combinado			
No	885	87.9%	[85.5%, 89.9%]
Si	118	12.1%	[10.1%, 14.5%]
Trastorno de déficit de atención			
No	874	87.3%	[85.0%, 89.4%]
Si	129	12.7%	[10.6%, 15.1%]
TDAH Hiperactivo / Impulsivo			
No	909	90.0%	[87.7%, 91.9%]
Si	94	10.0%	[8.1%, 12.3%]
Trastorno de la conducta actual			
No	981	97.7%	[96.4%, 98.5%]
Si	22	2.3%	[1.5%, 3.6%]
Trastorno negativista desafiante actual			
No	982	97.9%	[96.8%, 98.7%]
Si	21	2.1%	[1.3%, 3.2%]
Trastorno de ansiedad generalizada actual			
No	984	98.0%	[96.9%, 98.8%]
Si	19	2.0%	[1.2%, 3.1%]
Trastorno adaptativo			
No	937	93.5%	[91.6%, 94.9%]
Si	66	6.5%	[5.1%, 8.4%]

Nota. Porcentajes ponderados (porcentajes obtenidos incorporando los factores de expansión mediante el módulo de muestras complejas).

Tabla 2. Prevalencia de Trastornos Clínicos en el Grupo de Adolescentes

TRASTORNOS CLÍNICOS	N	%	IC (95%)
Episodio depresivo mayor			
No	574	72.0%	[68.5%, 75.2%]
Si	221	28.0%	[24.8%, 31.5%]
Trastorno obsesivo compulsivo			
No	753	94.0%	[91.8%, 95.6%]
Si	42	6.0%	[4.4%, 8.2%]
Trastorno de estrés post traumático			
No	774	98.9%	[97.7%, 99.4%]
Si	9	1.1%	[0.6%, 2.3%]
Trastorno de la conducta en el último año			
No	738	92.1%	[89.7%, 94.1%]
Si	57	7.9%	[5.9%, 10.3%]
Trastorno negativista desafiante actual			
No	613	76.0%	[72.5%, 79.1%]
Si	182	24.0%	[20.9%, 27.5%]
Trastorno de ansiedad generalizada actual			
No	706	89.2%	[86.7%, 91.3%]
Si	89	10.8%	[8.7%, 13.3%]
Trastorno adaptativo			
No	757	94.2%	[91.9%, 95.9%]
Si	38	5.8%	[4.1%, 8.1%]
Duelo			
No	777	98.0%	[96.7%, 98.7%]
Si	18	2.0%	[1.3%, 3.3%]

Nota. Porcentajes ponderados (porcentajes obtenidos incorporando los factores de expansión mediante el módulo de muestras complejas).

En cuanto al acceso a servicios en la población estudiada, más del 80% (n = 2227) contaba con algún seguro de salud (Seguro Integral de Salud - SIS, Seguro Social de Salud - EsSalud, Establecimientos de Salud de las Fuerzas Armadas, Empresas Prestadoras de Salud - EPS). La tercera parte de la muestra estudiada (n = 870) presentó problemas emocionales y de conducta, de los cuales 714 no recibieron ninguna atención. Los 156 que sí la recibieron, fueron atendidos en clínica o consultorio psicológico particular; siendo el tiempo entre el inicio del problema y la primera consulta de 1 a 30 días. Los motivos principales por los que no consultó a un centro de salud o consultorio particular fueron diversos, entre ellos: no tener dinero, no saber a dónde ir y creer que el niño(a) debía superar solo(a) el problema. Cerca de la mitad de los informantes respondieron que tardan 15 minutos o menos en llegar al establecimiento de salud en el cual reciben atención.

DISCUSIÓN

Las cifras halladas en el presente estudio sobre los indicadores de salud mental en niños y adolescentes durante el período de pandemia en Lima, guardan cierta semejanza, en algunos casos, con las obtenidas en otras partes del mundo. Por ejemplo, en el presente estudio en el grupo de adolescentes se halló una tasa de depresión del 28% y de la ansiedad en un 10%, lo que guarda relación con lo hallado por Wang et al. (2020), quienes investigaron los factores asociados y las respuestas psicológicas inmediatas durante la pandemia en China.

Singh et al. (2020) en India, encontraron que la situación de pandemia elevó el estrés en los niños(as) y adolescentes y los colocó en una situación altamente vulnerable. Señala que los niños(as) tienen problemas

significativos de separación, lo cual ha sido también encontrado en el presente estudio, especialmente en los niños(as) de 6 a 11 años: 45.7% tuvo miedo a separarse de una figura de apego durante el confinamiento. Singh et al. (2020) también observaron que existe una necesidad de mejorar el acceso a los servicios (durante y luego de la crisis pandémica), tal como lo reporta nuestro estudio. Asimismo, Saurabh y Ranjan (2020), igualmente en India, al estudiar el impacto psicológico y cumplimiento de la cuarentena en niños(as) y adolescentes debido a la pandemia de la Covid-19, hallaron que uno de los sentimientos más comúnmente experimentado fue el miedo (61.9%), al igual que en la presente muestra en la que también se detectó miedo al confinamiento aunque a tasas menores, siendo 39.1% en los niños de 6 a 11 años y en los adolescentes, 26%. Por su parte, Magson et al. (2021), dentro del Proyecto RAW en Sidney (Australia), encuestaron sobre Covid-19 a los adolescentes entre 13 y 16 años, encontrando que el mayor tema estresante para ellos fue no permitirles ver a sus amigos, seguido muy de cerca por el que un amigo o miembro de la familia estuviera muy enfermo y/o muriera por la Covid-19. En contraste, ellos informaron muy poca preocupación en cuanto a contagiarse, enfermarse o morir ellos mismos, por la Covid-19. En nuestro estudio encontramos que los adolescentes sentían mucho miedo a estar contagiado de la Covid-19 en un 38.5%, morir por esta en un 31% y que algún ser querido muera por la Covid-19 en un 63.6%.

Como se mencionó más arriba, Imran et al. (2020) realizaron una revisión sistemática que incluía tres estudios realizados durante la pandemia de la Covid-19, los cuales reportaron inquietud, irritabilidad, ansiedad, falta de atención y problemas significativos de separación durante la cuarentena en los niños(as) y adolescentes encuestados. Si bien encontraron tasas tan altas como el 77% en dificultades para la concentración, en nuestro estudio las preguntas dirigidas a identificar este diagnóstico específico, revelaron que los niños entre 6 a 11 años presentan trastorno por déficit de atención en un 12.7%.

Por otro lado, respecto a la percepción de la función parental por parte del adolescente, concluimos en la necesidad de poner énfasis en el estudio de la calidad de la comunicación, tanto de la madre como del padre hacia su hijo adolescente; así como del soporte percibido, ya que se muestran niveles bajos en esas dimensiones. También sería importante realizar el seguimiento del nivel de estrés producido por la

pandemia de la Covid-19 y el confinamiento en los niños(as) entre 1.5 y 11 años.

Los resultados del presente estudio también permiten identificar la magnitud del impacto de la pandemia en la salud mental de los niños y adolescentes en Lima. Por ejemplo, antes de la pandemia se detectaron tasas promedio para depresión de 10.3% y ansiedad de 5.2% (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007). En relación a lo hallado en el estudio epidemiológico de niños y adolescentes en Lima y Callao en el año 2007 (Instituto Nacional de Salud Mental, 2007), la prevalencia del episodio depresivo mayor casi se triplicó en los adolescentes (10.3% a 28%), ello debido posiblemente al confinamiento y los cambios abruptos en sus estilos de vida durante el período de pandemia. Continuando con la comparación con los datos reportados en el 2007, se aprecia que en el grupo de adolescentes se incrementaron también los diversos tipos de maltrato desde dicho año: el físico del 25 % al 59.3%; el psicológico del 32.5% a 40.7%; y el abuso sexual de 4.5% a 6.3%. De acuerdo con nuestra experiencia clínica, esto podría deberse a las características del confinamiento (familias cuya convivencia ya era difícil y a causa del confinamiento se hizo más conflictiva). Otra hipótesis sería que, en el presente estudio, el adolescente al no estar frente al entrevistador, y utilizar un medio electrónico para responder, se sintiese en mayor confianza de expresar sus vivencias internas.

En comparación al estudio epidemiológico del 2007, existe igualmente un incremento de la población infanto-juvenil que cuenta con algún tipo de seguro de salud, inferimos que esto se debe a un mayor acceso al Seguro Integral de Salud (SIS), que fuera incorporado como programa social por el gobierno peruano desde el 2012. También se observa un incremento de la demanda sentida en las atenciones de los problemas emocionales y de conducta en la población estudiada.

Entre las limitaciones del estudio podemos señalar, en primer lugar, que no se realizó un estudio psicométrico a las adaptaciones realizadas de algunos de instrumentos, lo que podría constituir una fuente de sesgo en los resultados. En segundo lugar, el estudio podría presentar también el sesgo de respuesta, ya que el entrevistado pudo no haber comprendido bien algunas de las preguntas. Por otra parte, al no ser un grupo de pacientes clínicos, los niños(as) y adolescentes que aparecen con algún trastorno psiquiátrico, en algunos casos, podrían no cumplir con todos los criterios de la sintomatología definida por los manuales diagnósticos como el ICE 10 y el DSM 5.

Podemos plantear lo siguiente como conclusiones. En primer lugar, los resultados evidencian que los efectos negativos de la pandemia y el confinamiento sobre la salud mental de los niños, niñas, adolescentes y sus familias han permanecido latentes durante el tiempo de emergencia sanitaria y han cambiado el curso de sus vidas; probablemente estos efectos perdurarán tras esta experiencia traumática. En segundo lugar, los principales problemas de salud mental en la población infanto-juvenil, relacionados con la pandemia de la Covid-19, como el miedo y el estrés fueron elevados. La salud mental se vio afectada de una manera diferenciada en función de los grupos etarios en relación a la prevalencia de ansiedad que se triplicó y de depresión, que se duplicó, en comparación con el estudio del año 2007. El castigo físico y maltrato psicológico, son más frecuentes en los adolescentes. Sin embargo, durante el confinamiento hubo un cierto incremento en la frecuencia de comunicación de los padres con sus hijos 1.5 a 11 años. Finalmente, el acceso a los servicios de salud sigue siendo un punto crítico por mejorar, para la adecuada atención de la población infanto-juvenil, evidenciándose la necesidad de incorporar contenidos de salud mental y los que sean necesarios para el manejo asistencial pos-pandemia.

Correspondencia:

Militza Álvarez.

Correo electrónico: malvarez@insm.gob.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Salud mental de las y los adolescentes ante el COVID-19. Recomendaciones para una nueva normalidad*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia <https://www.unicef.org/mexico/salud-mental-de-las-y-los-adolescentes-ante-el-covid-19>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Resumen Ejecutivo*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/media/108171/file/SOWC%202021%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>

Imran, N., Aamer, I., Sharif, M., Bodla, Z., & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 1106-1116. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.3088>

Instituto Especializado de Salud Mental. (2002). Estudio epidemiológico de Lima Metropolitana y el Callao. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 18(1-2).

<https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental. (2007). Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y Callao. Informe general. *Anales de Salud Mental*, 28, Suplemento 1. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-NYA.pdf>

Lama, A. (2000). *Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú*. INEI Programa MECOVIPERU/BID/BM/CEPAL. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0387/indice.htm

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M., Borwick, C., & Crawley, E. (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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>

Magson, N., Freeman, J., Rapee, R., Richardson, C., Oar, E., & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19. *Journal of Youth and Adolescence*, 50, 44-57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>

Merino, C., Díaz, M., & DeRoma, V. (2004). Validación del inventario de conductas parentales: Un análisis factorial confirmatorio. *Persona*, 7, 145-162. <https://doi.org/10.26439/persona2004.n007.892>

Ministerio de Salud & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *La salud mental de niños, niñas y adolescentes en el contexto de la Covid-19*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>

Molinero, C. (2006). *Adaptación de la escala "Adolescent Family Process" (AFP) en una muestra de adolescentes de Lima Metropolitana y Callao*. [Tesis de doctorado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5291>

Fundación W.K. Kellogg. (1996). *Familia y adolescencia: Indicadores de salud – Manual de aplicación de instrumentos*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/familia-adolescencia-indicadores-salud-manual-aplicacion-instrumentos>

Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain 2020. *Frontiers in Psychology*, 11, 579038. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>

ARTÍCULO ORIGINAL

- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Piggot, D. M. et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Saurabh, K., & Ranjan, S. (2020). Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian Journal of Pediatrics*, 87, 532-536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Sup. 20), 22-33. https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/15175_mini-international-neuropsychiatric-interview-mini.pdf
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*. 293, 113429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Recibido: 10/04/22

Aceptado: 21/06/22