







María Vázquez-Sánchez¹ * 
Inés Teresa Bolsa-Ferrer² 
Esther Pitarch-Roca³ 
Mónica López-Campos⁴ 
María Carmen Viñas-Viamonte⁵ 
José Ignacio Labarta-Aizpú⁶ 

1. Facultativa Especialista de Área [FEA] Pediatría, Centro de Salud Torrero-La Paz, Zaragoza, España.
2. Médica Interna Residente [MIR] Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.
3. FEA Pediatría, Centro de Salud Gran Vía, Castellón, España.
4. FEA de Pediatría, Centro de Salud Valdespartera, Zaragoza, España.
5. FEA de Enfermería, Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza, España.
6. Jefe de Servicio de Pediatría Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

María Vázquez-Sánchez
Correo: mvazquez sanc@gmail.com

Salud mental infantojuvenil en atención primaria en tiempos de COVID: ¿qué ha cambiado?

Child and adolescent mental health in primary care in times of COVID: what has changed?

RESUMEN

Introducción: La pandemia por SARS-CoV-2 ha podido precipitar el deterioro de la Salud Mental Infantojuvenil (SMIJ), su manejo y tratamiento, por lo que este estudio trata de comparar el número de consultas relativas a la SMIJ atendidas en Atención Primaria (AP), así como la derivación a Atención Especializada (AE) y la prescripción farmacológica. **Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes pediátricos de AP en la provincia de Zaragoza por patología relacionada con la SMIJ en dos periodos: "prepandemia" y "pandemia". **Resultados:** La muestra total fue de 6854 consultas (56,9% en "prepandemia" y 43,1% en "pandemia"; $p < 0,001$). En "pandemia" disminuyeron consultas por trastornos del sueño ($N=541$ vs $N=420$; $p < 0,001$), enuresis ($N=85$ vs $N=43$; $p < 0,001$), trastornos del comportamiento ($N=918$ vs $N=671$; $p < 0,001$), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ($N=612$ vs $N=330$; $p < 0,001$) y alteraciones del desarrollo psicomotor ($N=1004$ vs $N=765$; $p < 0,001$); se incrementaron las derivaciones a SMIJ por trastornos del sueño ($N=34$ vs $N=138$; $p < 0,001$) y alteraciones

ABSTRACT

Background: The SARS-CoV-2 pandemic has led to a deterioration of Child and Adolescent Mental Health (CAMH), and changes in the management and treatment of mental health problems. This study aims to compare the number of CAMH-related medical consultations, both in Primary Care (PC) and referrals for Specialized Care (SC), in addition to pharmacological prescriptions. **Methodology:** A descriptive and retrospective study in pediatric patients treated in PC in Zaragoza for pathology related to CAMH comparing two different time periods: pre-pandemic and during the pandemic. **Results:** The whole sample included 6,854 consultations (56.9% prepandemic and 43.1% during the pandemic; $p < 0.001$). During the pandemic there were fewer consultations for sleep disorders ($N=541$ vs $N=420$; $p < 0.001$), enuresis ($N=85$ vs $N=43$; $p < 0.001$), behavior disorders ($N=918$ vs $N=671$; $p < 0.001$), ADHD ($N=612$ vs $N=330$; $p < 0.001$) and psychomotor development disorders ($N=1004$ vs $N=765$; $p < 0.001$). Referrals to CAMH due to sleep disorders ($N=34$ vs $N=138$; $p < 0.001$) and alterations

del desarrollo psicomotor (N=52 vs N=236; $p<0,001$ con reducción de TDAH (N=198 vs N=81; $p<0,001$) y trastornos del comportamiento (N=580 vs N=233; $p<0,001$). La edad media de derivación fue inferior en "pandemia" (9,89 vs 7,64 años; $p<0,001$), con aumento de la ratio Psiquiatría/Psicología (de 5,2 a 5,9; $p=0,018$). Tras el subperiodo 2a se aumentó prescripción de psicofármacos del 2,6% al 4,4% ($p<0,001$). **Conclusiones:** Las consultas totales de SMIJ en AP han disminuido en "pandemia". Sin embargo, han cobrado mayor relevancia los trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor respecto a las consultas totales. Es posible que la telemedicina haya propiciado el sobretatamiento farmacológico y mayores tasas de derivación a SMIJ.

Palabras clave: virus del SARS-COV2, infecciones por coronavirus, atención primaria de salud, pediatría, salud mental.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 se inició en Wuhan un brote infeccioso producido por un virus de la familia *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2 (COVID19) y declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de Marzo de 2020 (1). En España, se activó el estado de alarma con el consecuente confinamiento domiciliario a partir del 14 de Marzo de 2020, con el objetivo de limitar su propagación (2). En el ámbito educativo, se cerraron los centros educativos, por lo que la docencia quedó relegada al medio telemático. El 28 de abril de 2020 se aprobó el Plan de Transición hacia una "Nueva Normalidad", que se desarrolló de forma asimétrica en función de la situación epidemiológica de cada territorio (3).

Al igual que en otros brotes infecciosos, el SARS-CoV-2 ha provocado un importante impacto psicosocial (4, 5). El apoyo social, el buen funcionamiento familiar, la autoeficacia de los padres, la actividad física y una fuerte resiliencia, son algunos de los factores protectores frente a este

in psychomotor development (N=52 vs N=236; $p<0.001$) increased, while there was decrease in ADHD (N=198 vs N=81; $p<0.001$) and behavioral disorders (N=580 vs N=233; $p<0.001$). The mean age at referral was lower during the pandemic (9.89 vs. 7.64 years; $p<0.001$), with an increase in the Psychiatry/Psychology referral ratio (from 5.2 to 5.9; $p=0.018$). After the 2nd subperiod, the prescription of psychotropic drugs increased from 2.6% to 4.4% ($p<0.001$). **Conclusions:** The total consultations of CAMH in PC pandemic. However, sleep disorders and alterations in psychomotor development have required more attention, unlike ADHD. It is possible that telemedicine has led to pharmacological overtreatment and higher rates of referral to mental health services.

Keywords: SARS Virus, coronavirus infections, primary health care, pediatrics, mental health.

tipo de eventos disruptivos (6). Por el contrario, factores como el sexo femenino, la edad joven, la baja educación, los antecedentes psiquiátricos, la exposición excesiva a información, el alto uso de Internet, videojuegos y redes sociales, el estado físico pobre y la falta de rutinas predisponen a una peor respuesta emocional (6, 8).

A nivel internacional, numerosos estudios han expuesto el impacto de la pandemia en la Salud Mental (9, 10). También se han publicado diversos estudios nacionales sobre el deterioro inicial de la Salud Mental en casi el 50% de la población con repercusión moderada/grave en el 24,7% (11, 12). Los síntomas depresivos fueron los más llamativos (46,7%), seguidos del estrés (33,2%) y la ansiedad (10,7%) (13). Las ideas suicidas se incrementaron mensualmente un 43,2%, con un máximo del 573,8% en menores de edad en mayo de 2021 (14). En el caso de los niños y adolescentes, también se observó un aumento en la demanda de casos de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y de riesgo de suicidio, así como el incremento de urgencias como vía de entrada en la atención de salud mental (15). No

obstante, muchos de estos casos parecen más cuadros adaptativos, sin llegarse a asignar un diagnóstico claro (15).

En población infantil, el abordaje psiquiátrico ha sido tradicionalmente competencia única de psiquiatras y psicólogos infantiles. Actualmente, el pediatra de AP también es clave en detectar y orientar estas entidades (16). La prevalencia de trastornos de SMIJ en España, varía según distintas series en los últimos años, con una prevalencia estimada “prepandemia” del 20% (17). Algunos cambios producidos en tiempos de COVID (pérdida de la rutina escolar, sedentarismo, patrón irregular de sueño, empleo excesivo de pantallas...) podrían ejercer, a priori, un impacto psicológico negativo (18).

Hasta el momento, se han publicado diferentes estudios pediátricos sobre la repercusión del SARS-CoV-2, desde el punto de vista de los profesionales de SMIJ. Sin embargo, también es importante la perspectiva desde AP. Por tanto, se presenta un amplio estudio epidemiológico basado en el manejo y tratamiento de las patologías relacionadas con la SMIJ en AP en la provincia de Zaragoza, comparando la época “prepandemia” y la “pandemia”.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en pacientes pediátricos hasta los 14 años inclusive, que consultaron en AP en Zaragoza por motivo de consulta relacionado con la SMIJ en dos periodos: “prepandemia” del 1/03/2019 al 29/02/2020 y “pandemia” del 1/03/2020 al 28/02/2021. Se seleccionaron 56 centros de salud de la provincia de Zaragoza, tanto urbanos como rurales.

Se incluyeron los usuarios descritos que consultaron por algún motivo de consulta codificado en OMI-AP (Programa informático utilizado en AP SALUD Aragón) bajo la siguiente clasificación:

- Ansiedad
- Trastorno del sueño
- Trastorno de la alimentación
- Enuresis
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

- Trastorno del comportamiento
- Adolescencia (adolescente sano con problemas “no clínicos”)
- Desarrollo psicomotor
- Depresión
- Trastorno del espectro autista (TEA)

El pediatra de AP fue el encargado de asignar la codificación más oportuna a cada motivo de consulta en el programa OMI-AP y se presupone que para ello siguió los criterios de la CIE-10. Al mismo tiempo, es posible que una misma codificación diagnóstica de OMI-AP pudiera abarcar síntomas variados y fuera difícil separar síntoma de diagnóstico. Los datos fueron extraídos a través del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), a partir de la base de datos OMI-AP. Se buscaron las codificaciones diagnósticas relativas a los motivos de consulta mencionados y se analizaron todas las consultas asociadas a dichas codificaciones, ya que así las habían catalogado previamente los respectivos pediatras de AP.

La muestra final fue 6854 consultas en las que se recogieron variables epidemiológicas y relativas al episodio de consulta: sexo, fecha de nacimiento y fecha de consulta, edad en el momento de la consulta, periodo, subperiodo, motivo de consulta, derivación a AE y qué especialista, prescripción de fármacos y tipo de fármaco. Los fármacos a estudio fueron los relativos a ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos/sedantes, clasificados según el Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química (ATC). Tanto los especialistas como los fármacos no son excluyentes entre sí, es decir, un mismo paciente pudo ser derivado a varios especialistas y pudo ser tratado con varios fármacos. En función del centro de salud al que pertenece el paciente y su centro de especialidades de referencia, la derivación a SMIJ debe realizarse de una u otra forma. En la mayoría de los casos, la derivación va destinada de forma general a Psiquiatría Infantil y solamente en algunos casos, la derivación puede ser directa a Psicología.

Para evitar sesgos derivados del momento del año en que se demandó asistencia sanitaria, los distintos periodos y subperiodos se definieron de la siguiente forma:

- Periodo 1 o “prepandemia”: 1/03/2019-29/02/2020
- Periodo 1a: 14/03/19-31/05/19
- Periodo 1b: 1/03/2019- 13/03/19 y 1/06/19-29/02/2020
- Periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021
- Periodo 2a o “confinamiento”: 14/03/20-31/05/20
- Periodo 2b o “no confinamiento”: 1/03/2020-13/03/20 y 1/06/20-28/02/2021

El análisis estadístico se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics v25 (Statistical Package for Social Sciences versión 25 ®). Se comprobaron supuestos de normalidad con el test Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk y se realizó un análisis bivalente en el que se empleó el test estadístico más apropiado (Chi Cuadrado para las variables cualitativas). Se aceptó significación estadística si $p < 0,05$.

El tratamiento confidencial de datos se ajustó a los criterios establecidos en el RGPD 2016/679 y la LO 3/2018. Se ha realizado una adecuada codificación y disociación identificativa. A su vez, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Aragón (CEICA) en su acta Acta N°10/2021, bajo el cumplimiento de la Ley 14/2007 de investigación Biomédica.

RESULTADOS

La muestra consta de 6854 consultas: 3899 (56,9%) en el periodo 1 y 2955 (43,1%) en el periodo 2 ($p < 0,001$). La edad media de consulta fue $7,47 \pm 4,34$ años y el 58,7% pertenecía al sexo masculino, con sexo homogéneo entre periodos (59% varones periodo 1 y 58,1% periodo 2; $p = 0,45$). La distribución de la muestra por motivo de consulta se visualiza en la [Tabla 1](#).

Análisis comparativo entre periodos 1a y 2a y entre periodos 1b y 2b

En la [tabla 2](#) se evidencia la disminución de la demanda asistencial en el periodo 2a en comparación al periodo 1a (N=938 vs N=368; $p < 0,001$). Se observa reducción significativa en todos los motivos de consulta, salvo ansiedad y trastornos de la alimentación.

No obstante, en la [Figura 1](#) se exponen los porcentajes relativos de cada motivo de consulta durante el periodo 2a frente al periodo 1a, dejando de manifiesto la llamativa relevancia de las consultas por trastornos del sueño y ansiedad durante el “confinamiento” en comparación al resto de motivos de consulta.

Tabla 1. Comparación del número total de consultas relacionadas con la SMIJ en el periodo 1 y 2

Motivo de consulta	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	866	421	48,6	445	51,4	0,43
Sueño	961	541	56,3	420	43,7	<0,001
Alimentación	116	58	50,0	58	50,0	1,000
Enuresis	128	85	66,4	43	33,6	<0,001
TDAH	942	612	65,0	330	35,0	<0,001
Comportamiento	1589	918	57,8	671	42,2	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	139	76	54,7	63	45,3	0,309
Psicomotor	1769	1004	56,8	765	43,2	<0,001
Depresión	152	87	57,2	65	42,8	0,88
TEA	192	97	50,5	95	49,5	0,94
Total	6854	3899	56,9	2955	43,1	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o “prepandemia: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

32

En el periodo 2b también se atendieron menos consultas respecto al periodo 1b (N=2961 vs N=2587; $p<0,001$). En el periodo 2b se redujeron las consultas totales relacionadas con trastornos del sueño, enuresis, TDAH y trastorno del comportamiento, mientras que el resto de los motivos de consulta presentan resultados similares al periodo 1b (Tabla 3).

A su vez, en el periodo 2b se observan diferencias en cuanto al porcentaje relativo del motivo de consulta, con un principal aumento relativo de consultas por ansiedad (11,2% periodo 1b vs 14,5% periodo 2b), depresión (1,8% vs 2,2%), adolescencia (1,6% vs 2,3%) y TEA (2,4% vs 3,4%). Al mismo tiempo disminuyen especialmente la enuresis (2,2% vs 1,4%) y TDAH (15,9% vs 11,8%).

En el periodo 2a se evidenció disminución de derivación a AE en comparación al periodo 1a (47,7% vs 15,2%; $p<0,001$). Sin embargo, las derivaciones en el periodo 2b fueron similares al periodo 1b (46,7% vs 49,1%; $p=0,076$).

En el periodo 2a hubo una reducción no significativa de prescripción de psicofármacos respecto al periodo 1a. Se pautaron psicofármacos en el 4,9% de las consultas atendidas en el periodo 2a

(N=18), frente al 6,5% del periodo 1a (N=61) ($p=0,27$). Tampoco se encontraron diferencias en el tipo de fármaco empleado ($p=0,14$). Solamente el 13,53% de los fármacos prescritos en el periodo 2 fueron durante el periodo 2a, mientras que en el periodo 1a se prescribieron el 44,2% de los psicofármacos de todo el periodo 1.

Sin embargo, en el periodo 2b se aumentó la prescripción farmacológica respecto al periodo 1b (N=77; 2,6% vs N=115; 4,4%; $p<0,001$). En el periodo 2b se incrementó la prescripción de ansiolíticos del 1,0% (N=30) al 2,1% de consultas (N=54) ($p=0,002$). Lo mismo ocurre con los antidepresivos, prescritos en el 1,4% del periodo 1b frente al 2,1% del periodo 2b; $p=0,002$. En cambio, la pauta de hipnótico/sedantes permaneció invariable (0,2% en ambos).

Derivaciones a AE

El 46,1% de las consultas totales asociaron derivación a AE (N=3158). El 47% de las mismas (N=1831) fueron en el periodo 1 vs 44,9% (N=1327) en el periodo 2; $p<0,001$.

Tabla 2. Comparación de distribución de la muestra por motivo de consulta en el periodo 2a respecto al periodo 1a, en cifras absolutas

Motivo de consulta	Total	Periodo 1a		Periodo 2a		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	159	90	56,6	69	43,4	0,112
Sueño	223	127	57,0	96	43,0	0,044
Alimentación	29	19	65,5	10	34,5	0,136
Enuresis	28	21	75,0	7	25,0	0,013
TDAH	164	140	85,4	24	14,6	<0,001
Comportamiento	274	198	72,3	76	27,7	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	33	30	90,9	3	9,1	<0,001
Psicomotor	322	254	78,9	68	21,1	<0,001
Depresión	40	33	82,5	7	17,5	<0,001
TEA	34	26	76,5	8	23,5	0,003
Total	1306	938	71,8	368	28,2	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1a: 14/03/19-31/05/19; periodo 2a o "confinamiento": 14/03/20-31/05/20. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

En el periodo 2 se evidenció disminución en cifras absolutas de derivación a psiquiatría ($p < 0,001$), psicología ($p < 0,001$), neurología ($p < 0,001$), urgencias ($p = 0,001$) y otros especialistas ($p < 0,001$) (Tabla 4 y Figura 2). En la distribución de derivaciones dentro

de cada periodo, en el periodo 2 observamos aumento del porcentaje relativo de derivación a psiquiatría (55,5% vs 65,1%) y a Atención Temprana (9,9% y 11,5%) con relación al resto de patologías (Figura 3).

Tabla 3. Comparación de distribución de la muestra por motivo de consulta en los periodos 1b y 2b, en cifras absolutas

Motivo de consulta	Total		Periodo 1b		Periodo 2b		Significación (Chi Cuadrado) p
	N	N	N	%	N	%	
Ansiedad	707	331	331	46,8	376	53,2	0,098
Sueño	738	414	414	56,1	324	43,9	0,001
Alimentación	87	39	39	44,8	48	55,2	0,391
Enuresis	100	64	64	64,0	36	36,0	0,007
TDAH	778	472	472	60,7	306	39,3	<0,001
Comportamiento	1315	720	720	54,8	595	45,2	0,001
Adolescente con problemas no clínicos	106	46	46	43,4	60	56,6	0,206
Psicomotor	1447	750	750	51,8	697	48,2	0,172
Depresión	112	54	54	48,2	58	51,8	0,777
TEA	158	71	71	44,9	87	55,1	0,233
Total	5548	2961	2961	53,4	2587	46,6	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1b: 1/06/19-29/02/2020; periodo 2b o “postconfinamiento”: 1/06/20-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

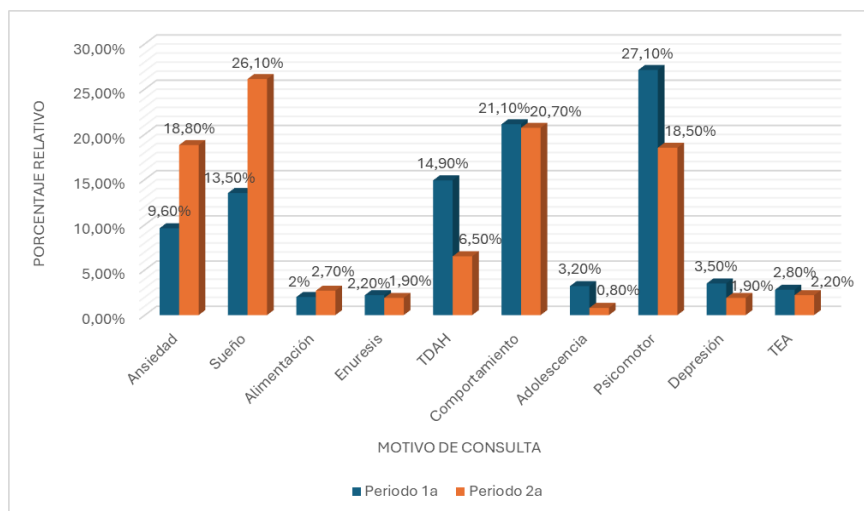


Figura 1. Comparativa de los porcentajes relativos por motivo de consulta respecto al total entre el periodo 1a (14/03/19-31/05/19) y el periodo 2a o “confinamiento” (14/03/20-31/05/20)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. Adolescencia: Adolescente con problemas no clínicos.

Tabla 4. Especialista al que se deriva: comparativa entre periodo 1 y periodo 2 en cifras absolutas

	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Psiquiatría	1866	1015	54,4	851	45,6	<0,001
Psicología	315	194	61,6	121	38,4	<0,001
Atención temprana	334	182	54,5	152	45,5	0,112
Neurología	304	224	73,7	80	26,3	<0,001
Urgencias	30	24	80,0	6	20,0	0,001
Otros	309	192	62,1	117	37,9	<0,001
Total	3158	1831	58,0	1327	42,0	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o “prepandemia: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021. χ^2 Chi Cuadrado.

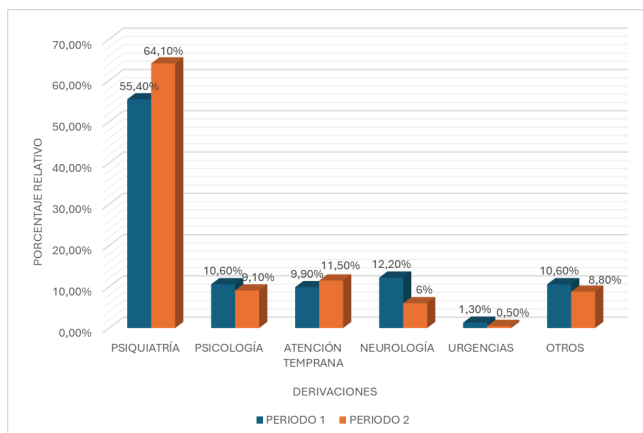


Figura 2. Especialista al que se deriva: comparativa entre periodo 1 y periodo 2, en porcentajes relativos. Periodo 1 o “prepandemia: 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o “pandemia”: 1/03/2020-28/02/2021.

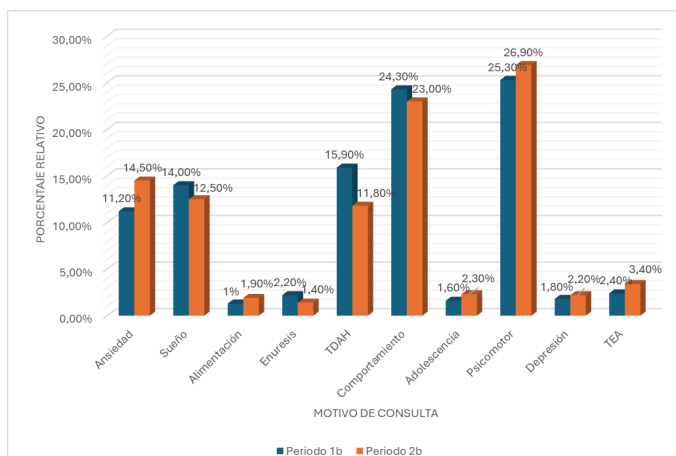


Figura 3. Comparativa de los porcentajes relativos por motivo de consulta respecto al total entre el periodo 1b (1/06/19-29/02/2020) y el periodo 2b o “no confinamiento” (1/06/20-28/02/2021)

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. Adolescencia: Adolescente con problemas no clínicos.

En números absolutos, observamos que en el periodo 2 hubo menos derivaciones a SMIJ en conjunto (Psiquiatría+Psicología) respecto al año previo (1210 vs 972; $p<0,001$). No obstante, respecto al total de consultas, en el periodo 1 se derivaron el 31,03% frente al 32,99% del periodo 2. Se muestra aumento de la ratio de derivaciones a Psiquiatría/Psicología (5,2 en periodo 1 vs 5,9 en periodo 2; $p=0,018$). En el periodo 2 la edad media de derivación a SMIJ fue inferior (7,64 vs 9,89 años; $p<0,001$).

El motivo de consulta que ocasionó las 2182 derivaciones a Psiquiatría/Psicología varió en función del periodo. En el periodo 2 aumentaron destacadamente las derivaciones por trastornos del sueño (N=34 vs N=138; $p<0,001$) y alteraciones del desarrollo psicomotor (N=52 vs N=236; $p<0,001$). En contraposición, disminuyen a la mitad las derivaciones por TDAH (N=198 vs N=81; $p<0,001$) y trastornos del comportamiento (N=580 vs N=233; $p<0,001$) respecto al periodo 1. También se reducen las derivaciones por depresión (N=64 vs N=23; $p<0,001$) y problemática del adolescente (N=41 vs N=23; $p<0,001$). (Tabla 5).

Prescripciones farmacológicas

El 4% (N=271) de consultas totales estaban ligadas a prescripción farmacológica. En el 44,28% de las mismas (N=120) se pautó un ansiolítico, en el 6,27% (N=17) un hipnótico/sedante y en el 49,45% (N=134) un antidepresivo. Se evidencia mayor ratio de prescripción farmacológica en el periodo 2, ya que en el periodo 1 se pautó psicofármaco en el 3,5% de consultas (N=138) frente al 4,5% del periodo 2 (N=133). Sin embargo, no se demuestran diferencias entre periodos en el tipo de fármaco ($p=0,16$).

En el 4,6% de consultas por ansiedad se prescribieron ansiolíticos en ambos periodos. Sin embargo, en el 34,5% de las consultas por ansiedad del periodo 1 se pautó antidepresivo frente al 15,4% en el periodo 2 ($p=0,028$). En las consultas de trastornos del comportamiento hubo un aumento de prescripción en el periodo 2 (1,4% vs 3,9%; $p=0,002$). El 66,7% de prescripciones por trastornos del comportamiento se realizaron en el periodo 2 (N=26). En el periodo 1 se prescribió medicación en el 39,1% de consultas por depresión frente al 20% del periodo 2. Sin embargo, el 72,3% de los antidepresivos prescritos fueron en el periodo 2.

Tabla 5. Comparativa de motivo de consulta de derivación a AE entre los periodos 1 y 2

Motivo de consulta	Total	Periodo 1		Periodo 2		Significación (χ^2)
	N	N	%	N	%	p
Ansiedad	364	192	52,7	172	47,3	0,32
Sueño	172	34	19,8	138	80,2	<0,001
Alimentación	35	17	48,6	18	51,4	1,000
Enuresis	23	13	56,5	10	43,5	0,678
TDAH	279	198	71,0	81	29,0	<0,001
Comportamiento	813	580	71,3	233	28,7	<0,001
Adolescente con problemas no clínicos	64	41	64,1	23	35,9	0,033
Psicomotor	288	52	18,1	236	81,9	<0,001
Depresión	87	64	73,6	23	26,4	<0,001
TEA	57	21	36,8	36	63,2	0,063
Total	2158	1210	55,5	972	45,5	<0,001

N: tamaño de muestra; p: significación estadística. Periodo 1 o "prepandemia": 1/03/2019-29/02/2020; periodo 2 o "pandemia": 1/03/2020-28/02/2021. TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. TEA: Trastorno del Espectro Autista. χ^2 Chi Cuadrado.

36 No se observan diferencias entre periodos en el tipo de medicación prescrita (ansiolíticos, hipnóticos/sedantes y antidepresivos) en aquellos que recibían terapia farmacológica ($p=0,06$). Sin embargo, existe un descenso significativo de prescripciones por depresión ($N=34$ vs $N=13$; $p<0,001$) y, por el contrario, una tendencia considerable al aumento de fármacos enfocados a los trastornos del comportamiento ($N=13$ vs $N=26$; $p=0,053$).

DISCUSIÓN

Durante el periodo de “pandemia” se ha objetivado una reducción del total de consultas relacionadas con la SMIJ en AP en la provincia de Zaragoza ($N=3899$ vs $N=2955$; $p<0,001$), con unas tasas similares de derivación a AE ($N=1831$ vs $N=1327$; $p=0,091$). A pesar de ello, se ha constatado un incremento relativo de la derivación a Salud Mental y a Atención Temprana, con una edad inferior de derivación a Salud Mental en tiempos de “pandemia”. Las patologías con incremento de derivación a Salud Mental tras la pandemia por COVID fueron los trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor. En contraposición, disminuyeron las derivaciones por TDAH, trastornos del comportamiento y depresión.

Indudablemente, la pandemia por SARS-CoV-2 ha precipitado de manera brusca el paso a la telemedicina. En el caso de la SMIJ, la atención médica ofrecida ha podido beneficiar a aquellos con mejores recursos tecnológicos (menores desplazamientos e inversión de tiempo) pero ser insuficiente en los más desfavorecidos (19). *Save the Children* manifiesta que las familias con bajo nivel socioeconómico han presentado más problemas organizativos, con convivencia afectada en 4/10 hogares (20). La dinámica de trabajo de los equipos de SMIJ se ha ido adaptando a las necesidades del paciente según la normativa vigente en cada momento, favoreciendo en un primer momento las interconsultas virtuales y priorizando los pacientes más graves para el Hospital de Día, la Unidad de TCA y la planta de hospitalización (21).

Por otra parte, destaca el aumento de prescripción farmacológica (3,5% vs 4,5%; $p=0,043$) sin verse modificado el tipo de fármaco prescrito ($p=0,16$).

Los antidepresivos fueron el tipo de fármaco más pautado (49,45% del total de fármacos pautados). No obstante, en la provincia de Zaragoza, parece haber disminuido la prescripción de antidepresivos en casos de depresión y, paradójicamente, haber aumentado en trastornos del comportamiento. Por tanto, es posible que la consulta telefónica haya producido un sobretatamiento del paciente o también que las patologías atendidas fueran más graves que en tiempos de “prepandemia”. Desde la década de los 70, el empleo de psicofármacos en edad pediátrica ha ido en aumento, a pesar de que, la edad parece un factor determinante a la hora de prescribirlos (16). A pesar de la utilidad de los psicofármacos, la intervención psicológica puede resultar también muy beneficiosa en el tratamiento de numerosos trastornos mentales (16). Sin embargo, tras el inicio del SARS-CoV-2, es posible que el tratamiento farmacológico haya producido que la intervención psicosocial (terapia cognitivo-conductual, enfoques sistémicos, trabajo grupal, entre otros) quedara relegada a un segundo plano, lo cual pudo deberse a diferentes motivos: falta de recursos, escasa preparación del sistema y de los profesionales sanitarios para hacerla de manera telemática, entre otros (21-23).

Un confinamiento prolongado se considera factor de riesgo de depresión, ansiedad, estrés postraumático, insomnio, conductas suicidas, alucinaciones, violencia doméstica, trastornos de la conducta alimentaria y muchas otras patologías (24-25). Sin embargo, en la muestra analizada, este tipo de trastornos parecen manifestarse de forma posterior al aislamiento domiciliario. Durante el “confinamiento” se observa reducción en valores absolutos en la demanda asistencial en todas las patologías estudiadas, así como en la derivación a AE. Por el contrario, en la etapa de “no confinamiento”, llama la atención el aumento relativo de consultas por ansiedad, depresión, problemática del adolescente y TEA. Todo ello se acompaña de una mayor prescripción farmacológica en “no confinamiento”, lo cual no se manifiesta en los meses de “confinamiento” propiamente dicho. Estos datos concuerdan con los aportados por Pedreira Massa JL, quien refleja que la importancia de la enfermedad mental en niños españoles tuvo lugar tras la cuarta “oleada asistencial” (26).

Diferentes autores como Fergert JM et al (27) concuerdan en la existencia de grupos de riesgo psiquiátrico en estos brotes epidemiológicos: pacientes con retraso mental, antecedentes psiquiátricos, episodios disruptivos previos, niños con necesidad de Educación Especial, trastorno obsesivo-compulsivo (más compulsiones relacionadas con la higiene), etc. (28-30) En esta línea, la literatura muestra una tendencia de incremento de depresión, ansiedad, control afectivo y conductual en este tipo de pacientes y sus familiares a raíz de la pandemia (31). También pueden verse más afectados los pacientes con enfermedades crónicas, ya que algunas terapias de apoyo se han visto mermadas o incluso canceladas.

En el caso de pacientes pediátricos con TEA, se han observado mayores tasas de estrés, ansiedad, menor capacidad para afrontar cambios y seguir instrucciones simples, mayor pérdida de independencia y habilidades de comunicación, así como alteraciones del comportamiento más repetidas (32, 33). Türkoğlu et al (34) revelaron empeoramiento clínico en pacientes con TEA a través de scores obtenidos tras cumplimentar diferentes escalas validadas pre-post “confinamiento” (Autism Behavior Checklist ((AuBC)), Children’s Sleep Habits Questionnaire ((CSHQ)), y Children’s chronotype questionnaire ((CCQ)). En este colectivo, se mostraron mayores tasas de estrés, ansiedad y dificultad para afrontar los cambios. Resultados similares encontramos en el presente estudio, donde se evidencia tendencia relativa al aumento de las consultas por TEA en “no confinamiento” y más derivaciones a Salud Mental. Las comorbilidades se estiman en torno al 7% y un tardío o incorrecto diagnóstico de las mismas puede empeorar el curso clínico de estos pacientes (35). Por consiguiente, es importante vigilar estrechamente su evolución clínica, a pesar de las dificultades técnicas de atención asistencial que la pandemia haya podido acarrear.

En lo referente al TDAH, los primeros cambios observados tuvieron lugar en China, donde se relatan síntomas de inatención en el 32% de los niños estudiados durante la primera etapa de pandemia (36). En estudios posteriores, las tasas de inatención fueron similares (30,8%) (37). Lee et al (38) y Bobo et al (39) refieren empeoramiento sintomático, problemas

adaptativos y mayor conflictividad familiar en niños con TDAH, debido a la interrupción de actividades sociales y placenteras en tiempos de COVID. En contraposición, Melegari et al (40) muestran gran mejoría clínica durante el “confinamiento” en pacientes con síntomas moderados-graves de TDAH, probando tiempos de estudio eficiente más prolongados con clases virtuales. En Zaragoza, se han atendido aproximadamente la mitad de consultas respecto al periodo previo, asociando disminución de derivaciones a Salud Mental por este motivo. Dada la discordancia de resultados descritos en la literatura, nuestros resultados podrían hacernos pensar que familias y pediatras asumen comportamientos más “disruptivos” a consecuencia de la pandemia.

Los adolescentes representan un grupo etario vulnerable, con prevalencia global de trastornos psiquiátricos del 8-20% según distintas series (41-43). Durante la pandemia, este colectivo ha experimentado mayor proximidad a sus progenitores en lugar de las vivencias más propias de su etapa, como adquisición de autonomía y pertenencia a un grupo social. Al mismo tiempo, se han decantado en muchos casos por el uso de pantallas, peores hábitos higiénico-dietéticos y sedentarismo, lo cual es perjudicial para su bienestar psicológico (44-46). Esto debería traducirse en un aumento de demanda asistencial por este motivo. En cambio, a pesar de cobrar mayor relevancia en el conjunto de enfermedades psiquiátricas atendidas durante el “no confinamiento”, el número total de consultas es similar y las derivaciones a Salud Mental han disminuido, por lo que parece que el entorno familiar y la AP han asumido mayor responsabilidad en este tipo de problemas.

Las fobias, la ansiedad, los síntomas psicóticos, el trastorno obsesivo-compulsivo y los cambios frecuentes de humor son más comunes en niños con alteraciones del neurodesarrollo (47, 48), por lo que provocan, a priori, mayor impacto psicosocial como consecuencia de la pandemia (49). Aproximadamente el 50-55% de los pacientes con trastorno del neurodesarrollo padecen trastornos del sueño, con claro empeoramiento tras la pandemia, siendo el insomnio de conciliación el más frecuente (50). En el análisis llevado a cabo por Masi et al

(51) en pacientes con trastornos del desarrollo psicomotor, se muestra empeoramiento clínico a raíz de la pandemia por SARS-CoV-2 en el 64,5% de los encuestados. El 81,6% aumentó el uso de pantallas, 68% redujo la actividad física, 43,6% refirió trastorno del sueño y 32,4% alteraciones en la alimentación. El 18,8% precisó un incremento de dosis farmacológica según lo informado por las familias (51). En nuestro estudio, se evidencia un incremento de derivaciones a SMIJ (N=52 vs N=236; $p<0,001$) a pesar de la reducción del total de demandas, por lo que la clínica atendida parece, a priori, más grave que en etapa “prepandemia”.

En lo que respecta a trastornos del sueño, una correcta higiene de sueño es imprescindible para un adecuado desarrollo infantil (52). En la literatura se describe una prevalencia de trastornos del sueño muy variable (21,3%-72,2%) (34, 53). El aislamiento domiciliario trae consigo reducción de exposición solar, incremento del estudio en dormitorio, mayor uso de pantallas, menor actividad física, etc (54, 55). Es posible que el sueño haya mejorado en duración (dada la limitación temporal de otras actividades) y empeorado en calidad y patrón de sueño (44). Por otro lado, parecen haberse motivado más trastornos del sueño en niños con enfermedades psiquiátricas previas (54). Los niños con TEA y/o TDAH han visto afectado su ritmo circadiano y el uso de medicaciones en el horario rutinario (44). En la provincia de Zaragoza, han descendido las consultas sobre el sueño en AP, aunque se han asociado a un aumento de derivaciones a AE (N=34 vs N=138; $p<0,001$). Esto podría deberse a que las familias han aceptado como normal este tipo de problemas y solamente se han consultado los casos más graves. A pesar de ello, la prescripción farmacológica permanece invariable ($p=0,327$).

La incidencia y abordaje de trastornos del comportamiento infantil también han cambiado. Orgiles et al (56) refieren que muchos progenitores italianos y españoles percibieron variaciones emocionales y del comportamiento en sus hijos debido a la pandemia. El estudio catalán EmCoVID-19 revela un aumento de alteraciones de conducta en menores (57). Previamente los trastornos de comportamiento constituían un motivo frecuente de

consulta en AP (1 de cada 15 niños atendidos en AP presentaban síntomas compatibles, con prevalencia global del 3-7%) (58). En AE era el motivo de consulta más atendido junto al TDAH (17). En el estudio actual se ha observado una reducción en este motivo de consulta en AP. Además, han descendido las derivaciones al especialista, tanto en valores absolutos como relativos. La comparativa con otras series nos hace pensar que, lejos de disminuir su prevalencia, tanto los pediatras como las familias han aceptado como habituales algunas conductas tras las medidas sociosanitarias adoptadas.

Por último, el punto de la Salud Mental más destacado en literatura son los síntomas ansioso-depresivos provocados por la pandemia (59). Los niños que han sufrido una cuarentena son más propensos a dicha clínica (60) detectando cifras de hasta 30% de estrés postraumático (61). Xie et al (62) estima 22,6% de síntomas depresivos en edad infantojuvenil durante la pandemia, así como 18,9% de ansiedad, cifras superiores a las detectadas previamente, incluso en epidemias como la de la gripe A (62, 63). Tras el inicio del SARS-CoV-2 contamos con series nacionales como la de Lavigne-Cerván et al (64) que detectaron un incremento de ansiedad infantil, especialmente de los 9 a los 12 años. En nuestro estudio no se evidencia mayor demanda asistencial por ansiedad, aunque en el “no confinamiento” cobró mayor relevancia en relación a otros motivos de consulta. No se han confirmado mayores tasas de derivación a Salud Mental ni mayor prescripción de ansiolíticos. Tampoco se ha demostrado el aumento de síntomas depresivos (2,2% de consultas en ambos periodos), con disminución de derivaciones a Salud Mental ($p<0,001$) y reducción de tratamiento farmacológico ($p=0,003$). En contraposición, el 72,3% de los fármacos antidepresivos fueron pautados en el periodo 2. Esto podría deberse a que quizás en la consulta de SMIJ impresionaron de síntomas depresivos algunos casos catalogados desde AP como trastornos del comportamiento.

La gran fortaleza de este estudio es el tamaño muestral, ya que representa a prácticamente la totalidad de la población infantil de la provincia de Zaragoza y, con estos datos, es posible estimar cómo ha afectado la pandemia en este aspecto a

nivel nacional. Además, no solamente se conoce el motivo de consulta, sino también las derivaciones a Salud Mental y los psicofármacos prescritos. No obstante, el estudio cuenta con algunas limitaciones, como la falta de individualización y seguimiento de cada paciente, dada la recogida de datos a través de un organismo institucional. A su vez, los pacientes tratados previamente en Salud Mental, quizás hayan acudido directamente al especialista ante un agravamiento de síntomas en tiempos de pandemia, por lo que se desconocen dichos datos si no han consultado en AP. Como futuras líneas de investigación, resultaría interesante conocer la evolución de la SMIJ a medio plazo y no solamente en momentos próximos a la pandemia. Al mismo tiempo, sería útil analizar la repercusión en función de las características socioculturales de las familias.

CONCLUSIONES

A pesar de la reducción inicial de consultas relativas a SMIJ en AP de la provincia de Zaragoza a raíz del confinamiento por el SARS-CoV-2, destaca el aumento relativo en el “no confinamiento” de la demanda asistencial por ansiedad y trastornos del sueño, frente a un descenso importante del número de consultas por TDAH, trastornos del comportamiento y alteraciones del desarrollo psicomotor. Se evidencian más derivaciones a Salud Mental por trastornos del sueño y alteraciones del desarrollo psicomotor. También se observa un incremento relativo de derivaciones a Psiquiatría y Atención Temprana, así como un ascenso de las tasas de prescripción de psicofármacos.

A pesar de que el paso a la telemedicina aporta numerosos beneficios, es necesario ofrecer una asistencia presencial de calidad. El pediatra de AP es importante en la detección, orientación y seguimiento de niños con patología psiquiátrica, por lo que el trabajo conjunto con las Unidades de Salud Mental es fundamental.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores han colaborado en la recogida de datos, análisis de datos, revisión bibliográfica, redacción de manuscrito y revisión del mismo.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN

No se ha recibido financiación.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. 2020.[Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científico-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. 2021. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/ITCoronavirus/informesPrevios.htm>
3. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan para la transición hacia una nueva normalidad. 2020. [Internet]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4884>
4. Espada JP, Orgilés M, Piqueras JA, Morales A. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clin Salud*. 2020;31(2): 109-13. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a14>
5. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MC, Tizón García JL; Grupo

- de Salud Mental del PAPPs. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. *Aten Primaria*. 2020 Nov;52(Suppl 2): 93-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
6. Marchi J, Johansson N, Sarkadi A and Warner G. The Impact of the COVID-19 Pandemic and Societal Infection Control Measures on Children and Adolescents' Mental Health: A Scoping Review. *Front. Psychiatry*. 2021;12: 711791. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.711791>
 7. García-Dantas A, Justo-Alonso A, González-Vázquez A, Sánchez-Martín M, del Río-Casanova L. Immediate Psychological Response during the Very Early Stage of the Coronavirus Pandemic (COVID-19) in a Spanish Community Sample. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021;49(4): 180-93. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3576927>
 8. López Diago R, Sánchez Mascaraque P. Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2023. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2023. p. 23-31. https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_23_31_aumento_trastornos_mentales.pdf
 9. Brasso C, Bellino S, Blua C, Bozzatello P, Rocca P. The impact of SARS-CoV-2 infection on the mental health of young people: a narrative review. *Biomedicines*. 2022;10(4): 772. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10040772>
 10. Osgood K, Sheldon-Dean H, Kimball H. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Children's Mental Health What We Know So Far. 2021. Children's mental health report. Internet. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp>
 11. Parrado-González A, León-Jariego JC. Covid-19: Factors associated with emotional distress and psychological morbidity in spanish population. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94: 1-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32507849/>
 12. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4): 1-9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
 13. Moya-Lacasa C, Álvarez Vázquez CM, González-Blanco L, Valtueña-García M, Martín-Gil E, Seijo-Zazo E, et al. Impact of the coronavirus outbreak on mental health in the different Spanish regions. *Actas Esp Psiquiatr*. 2021;49(2): 64-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33686638/>
 14. Jerónimo MA, Piñar S, Samos P, González AM, Bellsolà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;1: 7. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
 15. Lombardía Fernández C, Rivera Abello H, Sánchez Martínez J. Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19. *Adolescere* 2022;10(3): 21-9.
 16. Sánchez Mascaraque P, Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018 [Internet]. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 135-143. https://www.aepap.org/sites/default/files/135-143_psicofarmacologia_en_ninos_y_adolescentes.pdf
 17. Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12(Suppl 19): 93-106. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000500001
 18. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Pate RR, Turner-McGrievy GM, Kaczynski AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *Int. J. Behav*. 2017;14(100): 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0555-2>
 19. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Rev. psiquiatr*.

- infant.-juv. 2020;37(2): 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
20. Save the Children. Save the Children advierte de que las medidas de aislamiento social por la COVID-19 pueden provocar en los niños y niñas trastornos psicológicos permanentes como la depresión. 2020. [Internet] [Citado el 9 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.savethechildren.es/notasprensa/save-children-advierte-de-que-las-medidas-de-aislamiento-social-por-la-covid-19-pueden>
21. Baldaquí N, Morer A, Calvo-Escalona R, Plana MT, Lázaro L, Baeza I. Efectos de la pandemia COVID-19 en los dispositivos de salud mental Infantil y Juvenil de un hospital general. *Rev. psiquiatr. infant.-juv.* 2021;38(1): 31-9. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a5>
22. Rodríguez-Ceberio M, Agostinelli J, Daverio R, Benedicto G, Cocola F, Jones G, et al. Psicoterapia online en tiempos de Covid-19: adaptación, beneficios, dificultades. *Arch Med.* 2021;21(2): 548-55. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4046.2021>
23. Santos JHC, Sola PPB, Santos MA, Oliveira-Cardoso EA. Changing face-to-face psychological care to remote mode: facilitators and obstacles in the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2023;31: e3900. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6468.3899>
24. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale.* 2020;46: 43-52. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>
25. Stavridou A, Stergiopoulou AA, Panagouli E, Mesiris G, Thirios A, Mougiakos T, et al. Psychosocial consequences of COVID-19 in children, adolescents and young adults: A systematic review. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2020;74: 602-31. <https://doi.org/10.1111/pcn.13134>
26. 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: 1-17. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11582998/>
27. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14: 1-11.
28. Prestia D, Pozza A, Olcese M, Escelsior A, Dettore D, Amore M. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Res.* 2020;291: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>
29. Shafran R, Coughtrey A, Whittal M. Recognising and addressing the impact of COVID-19 on obsessive-compulsive disorder. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(7): 570-72. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30222-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30222-4)
30. Ansbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U. How is COVID-19 Afecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families?. *J Autism Dev Disord.* 2021;51: 1772-80. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04577-2>
31. Domínguez Martín C, Martín Arranz E, Martínez Fernández J, Díez Revuelta A. Evolución del impacto psicopatológico al año del confinamiento por COVID-19 en menores con patología psiquiátrica previa y en sus familiares o cuidadores. *Rev Psiquiatr Infanto Juv.* 2022;39(3): 21-40. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n3a4>
32. Espinosa FD, Metko A, Raimondi M, Impenna M, Scognamiglio E. A model of support for families of children with autism living in the COVID-19 lockdown: Lessons from Italy. *Behavior Analysis in Practice.* 2020;13(3): 550-58. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00438-7>
33. Corbett BA, Muscatello RA, Klemencic ME, Schwartzman JM. The impact of COVID-19 on stress, anxiety, and coping in youth with and without autism and their parents. *Autism Res.* 2021;14: 1496-511. <https://doi.org/10.1002/aur.2521>
34. Türkoğlu S, Necmi Uçar H, Hilmi Çetin F, Ali Güler H, Esat Tezcan M. The relationship

- between chronotype, sleep, and autism symptom severity in children with ASD in COVID-19 home confinement period. *Chronobiol*, 2020;37(8): 1207-13. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1792485>
35. Espluga-Frigola N, Cardoner N, Pàmias-Massana M, Palao-Vidal DJ. Comorbidity of autism spectrum disorder and bipolar disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2017;45(2): 79-88. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/265>
 36. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J. Pediatr.* 2020;221: 264-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
 37. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr.* 2021;67(1): 1-13. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
 38. Lee J, Mental health effects of school closures during COVID-19. 2020. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2020;4(6): 421. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
 39. Bobo E, Lin L, Acquaviva E, Caci H, Franc N, Gamon L, et al. How do children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) experience during the COVID-19 outbreak? *Encephale J.* 2020;46: 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.011>
 40. Melegari MG, Giallonardo M, Sacco R, Marcucci L, Orecchio S, Bruni O. Identifying the impact of the confinement of Covid-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research.* 2021;296: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113692>
 41. Sánchez-García MA, Pérez de Albéniz A, Paino M, Fonseca-Pedrero E. Emotional and Behavioral Adjustment in a Spanish Sample of Adolescents. *Actas Esp Psiquiatr* 2018;46(6): 205-212. <https://doi.org/10.1016/j.actaes.2018.06.001>
 42. Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Chiesa F, Guffanti G, Sarchiapone M, et al. A newly identified group of adolescents at “invisible”; risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study. *World Psychiatry.* 2014;13(1): 78-86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
 43. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8): 837. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.837>
 44. Becker SP, Sidol CA, Van Dyk TR, Epstein JN, Beebe DW. Intraindividual variability of sleep/wake patterns in relation to child and adolescent functioning: A systematic review. *Sleep Med. Rev.* 2017;34: 94-121. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.07.004>
 45. De la Torre M, Pardo R. Guía para la intervención telepsicológica. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019). Disponible en: http://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf
 46. LeBourgeois MK, Hale L, Chang AM, Akacem LD, Montgomery-Downs HE, Buxton OM. Digital Media and Sleep in Childhood and Adolescence. *Pediatrics.* 2017;140(2): 92-6. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758J>
 47. De Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PFA, Verheij F. High rates of psychiatric comorbidity in PDD-NOS. *J Autism Dev Disord.* 2006;37(5):877-886. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0215-x>
 48. Merikangas KR, Calkin, ME, Burstein M, He JP, Chiavacci R, Lateef T, et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics.* 2015;135(4): 927-38. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1444>
 49. Aishworiya R, Kang YQ. Including Children with Developmental Disabilities in the Equation During this COVID-19 Pandemic. *J Autism*

- Dev Disord. 2021;51: 2155-58. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04670-6>
50. Micheletti MB, Cafiero P, Napoli S, Lejarraga C, Pedernera-Bradichansky P, Vitale MP, et al. Problemas del sueño en una muestra de niñas y niños con trastornos del desarrollo, antes y durante la pandemia por COVID-19. Arch Argent Pediatr. 2021;119(5): 296-303. <https://doi.org/10.5546/aap.2021.296>
51. Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Ishra Azim S, Woolfenden S, Efron D, Eapen V. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. J Paediatr Child Health. 2021;57(5): 631-6. <https://doi.org/10.1111/jpc.15285>
52. Gregory AM, Sadeh A. Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders – a review of the latest science. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57: 296-317. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12469>
53. Baptista AS, Prado IM, Perazzo MF, Pinho T, Paiva SM, Pordeus IA, Serra-Negra JM. Can children's oral hygiene and sleep routines be compromised during the COVID-19 pandemic? Int J Paediatr Dent. 2021 Jan;31(1): 12-9. <https://doi.org/10.1111/ipd.12732>
54. Becker SP, Gregory AM. Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. J Child Psychol Psychiatr. 2020;61(7): 757-9. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13278>
55. Tsai KM, Dahl RE, Irwin MR, Bower JE, McCreath H, Seeman TE, et al. The roles of parental support and family stress in adolescent sleep. Child Dev. 2018;89: 1577-1588. <https://doi.org/10.1111/cdev.12917>
56. Orgiles M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. Front. Psychol. 2020;11: 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
57. Via E, Estrada-Prat X, Tor J, Virgili C, Fábrega M, Duran L, et al. COVID-19 Pandemic: Increased risk for psychopathology in children and adolescents?. Research Square. [Internet] 2020. Disponible en: COVID-19 Pandemic: Increased risk for psychopathology in Children and Adolescents? | Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-104507/v1>
58. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. Pediatr Integral 2017;21(2): 73-81. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/trastornos-del-comportamiento-2022/>
59. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in China during the outbreak of COVID-19. J. Affect. Disord. 2020;275: 112-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
60. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. Disaster Med Public Health Prep. 2013;7(1):105-110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
61. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52: 1048-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
62. Xie X, Xue Q, Zhou Y, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China JAMA Pediatr. 2020;174(9): 898-900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
63. Magiati I, Ponniah K, Ooi YP, Chan YH, Fung D, Woo B. Self-reported depression and anxiety symptoms in school-aged Singaporean children. Asia Pac Psychiatry. 2015;7(1): 91-104. <https://doi.org/10.1111/appy.12099>
64. Lavigne-Cerván R, Costa-López B, Juárez-Ruiz de Mier R, Real-Fernández M, Sánchez-Muñoz de León M, Navarro-Soria I. Consequences of COVID-19 confinement on anxiety sleep and executive functions of children and adolescents in Spain. Front Psychol. 2021;12: 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565516>