

Pandemia COVID-19. Actualización en salud mental de la infancia y adolescencia en la pandemia

Dr. José Luis Pedreira¹

Muy buenos días, buenas madrugadas aquí en España. La verdad es que es un verdadero placer cada vez que me invitan a participar en algo relativo al Perú, pues saben que conmigo se puede contar de una manera fundamental ya que estoy siempre dispuesto a comunicarme con todos ustedes. Vamos a empezar con esto de la pandemia que hemos tenido ahora. En España tenemos un debate importante de tipo conceptual respecto al sentido de si es pandemia o es sindemia. “Pandemia” hace referencia solamente a la extensión, mientras que “sindemia” es la interacción de los factores; y es esa interacción de los factores lo que hace que las cuestiones estén muy relacionadas con las comorbilidades o con la mortalidad acompañante. Decía Gabriel Celaya: “en los malos momentos no os pongáis a llorar porque os harán callar con una limosnita y un poco de pan”.

Resulta que la salud mental, en la época del COVID-19, ha tenido afortunadamente alguna consideración, aunque haya llegado relativamente tarde, sobre todo por los efectos producidos, tanto en los pacientes como en los propios profesionales que le estaban prestando atención. Los trabajos en la infancia evidenciaron que hubo un momento de dudas, sobre todo al principio, en

cuanto a la gravedad y en cuanto a la posibilidad de la transmisión. Decía Marcel Proust que “el verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes sino en mirar las cosas con nuevos ojos”.

Este es un gráfico que hizo Víctor Sen, un neumólogo muy importante. Él dijo que la primera ola de la pandemia tendrá que ver con los propios pacientes del COVID-19, que subirán muchísimo, están muy afectados y tendrán un descenso más o menos lento. En la segunda etapa, los pacientes que nos van a llegar representarán el impacto de los recursos que antes se han empleado masivamente para atender al COVID. Eso lo hemos vivido en España: como a los pacientes no COVID les daba miedo ir a los hospitales para no contaminarse; cuando disminuye el COVID, entonces vuelven a aparecer. Luego ya, en una tercera fase, empiezan a aparecer los pacientes crónicos que se descompensaban y que tampoco aparecían porque, como eran un factor de riesgo, no querían ir a contaminarse. Como veis, se iban dilatando las posibles recaídas. Pero desde el primer momento empieza a aparecer una cuarta ola que supera a todas las anteriores, va siendo constante, su crecimiento es absolutamente exponencial durante todo el periodo. Son los síntomas psicológicos, los síntomas psicosociales

¹ Médico psiquiatra y pediatra. Doctor de psiquiatría infantil por la Universidad de Sevilla; psicoterapeuta acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas; miembro de la Asociación Española de Psicoterapia, acreditado por el Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Master en calidad de servicios sanitarios, experto universitario en intervenciones psicosociales de los malos tratos en la infancia por la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

los que van produciendo un impacto permanente como una gota de esas del martirio chino. Verdad: el gota-a-gota va aumentando exponencialmente desde el primer momento que empezó la pandemia hasta el momento actual.

Esta cuarta oleada tiene una gran importancia en la infancia y la adolescencia; primero, porque hubo esa duda entre la relevancia y la irrelevancia, en cuanto al padecer y el transmitir la afección; porque, además, es una población que muchas veces es silenciada, en parte por paternalismo y en parte por desconocimiento, y que, al formar parte de las familias -como muy bien ha explicado el doctor Yuri Cutipé- este grupo sufría y participaba de la gran dificultad que había en el seno familiar con la pandemia. Además, en el entorno de la infancia, estaban sucediendo cosas que aún no entendían, o no sabían lo que pasaba, pero lo que es importante es que lo estaban vivenciando. Los colegios se cierran. Hemos tenido una particular desescalada, además, con relación a la familia y la apertura de los colegios. Podríamos decir que ha habido tres tipos de mecanismos psicopatológicos de funcionamiento. El primero es en aquellos de la población general, en quienes lo que ha aparecido ha sido un mecanismo reactivo-adaptativo ante la pandemia. En segundo lugar, eran esos casos más o menos inestables que estaban por ahí; para ellos, entonces, la pandemia ha sido como la gota que colma el vaso y se ha convertido en factor desencadenante de algún tipo de trastorno. Y el tercer tipo era el que ya tenía un diagnóstico, como podía ser trastorno de espectro autista, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, o deficiente conducta alimentaria.

Lo que ha hecho la pandemia ha sido provocar un efecto de descompensación del proceso previo. En cuanto al proceso reactivo-adaptativo son síntomas muy inespecíficos de tipo afectivo emocional los que se podrían encuadrar en lo que la Organización Mundial de la Salud cataloga en la CIE11 como el eje 54, es decir, factores psicológicos y del comportamiento que están en proceso o enfermedades clasificadas en otro lugar. Esto es muy importante porque lo que hacen es alargar el tiempo de duración de los procesos; a veces provocando intensidad de los síntomas y, a veces, desencadenando crisis o recaídas. Es cierto que son leves, pero se prolongan muchísimo en el tiempo; por lo cual, son muy desagradables y se muestran como

preocupaciones excesivas, conflictos emocionales, miedos diversos, aprensión por la enfermedad, empeoramiento hasta el propio contagio a los miembros de la familia. Son síntomas muy desagradables.

Además, en este proceso adaptativo a veces se insistía mucho en algunas conductas de tipo obsesivoide, como lo de lavarse las manos, la mascarilla, la distancia física y la dificultad en experimentar las situaciones de conductas de Apego, como son el abrazo, el achucharse con los seres queridos; sobre todo, cómo se focalizaban muchas veces esas dificultades.

Este es el primer trabajo que se hizo en China, en Wuhan precisamente, durante los meses de enero y febrero del presente año, sobre el efecto psicológico en personas de 13 a 18 años. Como ven, todo lo que acontecía tiene que ver fundamentalmente con síntomas más o menos aislados, y entonces lo más importante es este nivel, cosa que también ha señalado el Dr. Cutipé anteriormente y que tiene que ver con el niño más dependiente. Esos niños que están más apegados a sus papás y que tenían una serie de dificultades importantes en las relaciones con sus papás, al estar ahora tanto tiempo en casa, y ante las dificultades y los miedos de lo que acontecía, se pegaban mucho más a sus padres. El segundo grupo estaba en el que se desencadenaba una clínica mental y, entonces, aquí es donde ya aparecían síntomas de la serie ansiosa y ansiosa-depresiva en las personas que eran más vulnerables y tenían más dificultades. Sobre todo en los establecimientos vinculares, que ya tenían antecedentes de ellos, aparecen los síntomas de estrés postraumático y se van centrando, con ese miedo a la muerte, esas relaciones de duelo; aparecen con una elevada reactividad las alteraciones variables del humor, la labilidad emocional, cierta tendencia al llanto, a la irritabilidad con cansancio, miedo a la soledad. Ello persiste mediante expresiones -así nos decían muchos- como un nudo en la garganta que no se va.

Aquí estamos en un trabajo hecho entre Italia y España donde precisamente aparecen ya síntomas más estructurados, más organizados, como es la soledad, el nerviosismo, el incremento de la irritabilidad, pero sobre todo la gran dificultad de concentración; la gran dificultad de concentración porque está como ocupado el funcionamiento mental con los temas de la pandemia y las situaciones familiares, y mucho menos con las situaciones del estudio. ¿Qué ocurre con la

desestabilización de los procesos previos cuando ya estaban, por ejemplo, con un trastorno de espectro autista, con trastornos psicóticos o trastornos depresivos, en los que había recaídas? Aparecen elementos traumáticos mezclados con la agresión que suponía verdaderamente la pandemia. Se descompensa el fenómeno con una reactivación sintomática fundamentalmente en perfiles comportamentales descontrolados, y con una situación en la que habría un incremento mayor de los servicios de salud mental, pero no era posible acceder a ellos porque estaban cerrados. Entonces aparece el consumo y abuso de las tecnologías de la información y de la comunicación, un incremento importante de las TIC con unos perfiles comportamentales -sobre todo, en los preadolescentes y en los adolescentes- que podrían incrementar situaciones de lo que se llama “violencia familiar ascendente”, es decir, violencia filio-parental, debido en concreto a estas situaciones de consumo de las TIC. Hay que tener en cuenta, por ejemplo, lo que ocurre con la fobia social cuando tenemos confinamiento. No es que el confinamiento provoque fobia social, sino que la fobia social se compensa con el confinamiento porque no hay que salir afuera; entonces, pues, cuando uno tiene que volver a confrontarse con el exterior, es cuando vuelve a aparecer esa situación de fobia social.

Un elemento importante fue el confinamiento. El confinamiento lo que altera es la rutina, altera la manera de estar de nuestros niños y aparece fundamentalmente como una alteración de la vida en todos los aspectos de lo familiar, de lo social, de lo educativo. Puede aparecer entonces una perspectiva somática muy importante con una tendencia a la obesidad, porque disminuye el ejercicio físico, se incrementan las actividades sedentarias y, en este contexto, se ve más tiempo televisión, se consumen más alimentos hipercalóricos, como son las chucherías, todas estas cosas de dulces, de zumos azucarados etc. Lo que sí podemos decir es que el confinamiento en la infancia va a estar muy modulado por el temperamento y el carácter propio en el cual se han ido desempeñando los niños. El confinamiento se expresa fundamentalmente en varias formas; una, mediante una expresión somática. Ya hemos dicho que puede haber afecciones crónicas que se descompensan por las situaciones de la ansiedad, de la vivencia interna, tendencia a la obesidad, alteración del ritmo del sueño, alteración en la comida y, en algunas ocasiones, conductas regresivas como son la reaparición de trastornos esfinterianos. Otra modalidad

es, en ocasiones, una expresión comportamental con reacciones comportamentales desmesuradas en las que puede primar alguna tendencia mayor al aislamiento social, al ensimismamiento, a la irritabilidad.

Pero, sobre todo, pueden aparecer también situaciones muy incontinentes en cuanto a conductas regresivas, el oposicionismo, la apatía. En cuanto a la expresión emocional, aparece ese incremento de reacciones de ansiedad con miedo al contagio e ideas obsesivoides en torno a la infección, o pueden aparecer alteraciones alimenticias, por hiperalimentación o hipoalimentación, e incremento de conductas adictivas sin sustancia. Son de gran importancia las conductas adictivas a las TIC, con muy baja tolerancia a la frustración, llantos inmotivados, rabietas fáciles etc. Además, aparecen dos elementos psicosociales fundamentales. En primer lugar, el incremento de los malos tratos en cualquiera de sus tipologías, porque el encerramiento y el aislamiento favorecen el revertir al interior de la situación familiar la cuestión de la violencia y los malos tratos. Y, en segundo lugar, las reacciones por no poder dar la despedida a esas personas mayores que fallecían; y no podían despedirse de ellas porque no tenían las visitas, por situaciones familiares o de amistades en las cuales la respuesta familiar se ve amplificada por esa dificultad de despedida y por el propio confinamiento.

El pronóstico final del confinamiento en la infancia es un estrés crónico que causa, de una u otra manera, un daño importante, porque el incremento de los corticoides en forma permanente pasa de ser una situación de alarma, como puede ser el estrés agudo, a una situación tóxica para el SNC, destruyendo conexiones detriticas que no se recuperan, con lo que esto comporta. Aparecen las TIC como conductas de abuso sin sustancia. Lo que sí es importante es que no todos los niños van a presentar problemas graves; pero, aunque sea muy bajo el porcentaje de niños que tienen problemas importantes, como es sobre la globalidad de la infancia sobre la que se ha puesto la atención, representan un número relativamente alto y entonces ponen en jaque a los servicios asistenciales.

Lo siento que esté en catalán pero es francamente divertido. Dice así: “con el profesor de lengua hay que ser interesante y crítico; con el de mate, humilde y sumiso; con el de inglés, divertido y alegre; con el de tecnología, activo y emprendedor; con el de expresión

artística, moderado”. Cansa muchísimo contentar a todos y, además, ahora tenemos la mascarilla. Así es como conviven los niños ¿no?

¿Qué ocurre con la escolaridad? La suspensión repentina de la escolaridad, además del problema de pérdida de escolaridad etc., etc., produce una separación importante de las amistades. Esto es lo que repetían prácticamente todos los niños; pero, cuidado, que en algunos casos hubo un efecto beneficioso como, por ejemplo, para los chicos que eran acosados en el colegio, los que padecían *bullying* o actitudes regresivas y dependientes, los que tenían cierta fobia escolar o dificultades por fobia social, como decíamos antes. Verdad: las crisis de ansiedad por la escolaridad, la discapacidad intelectual o los funcionamientos que estaban en el límite de la psicosis; para todos estos problemas hubo un efecto beneficioso al dejar de ir al colegio y retirarse al confinamiento. ¿Y qué pasa con el retorno? Las asociaciones de familias y de profesionales de la educación manejaban un fondo de desconfianza sobre cómo se iba a hacer ese retorno al colegio. No transmitían, por tanto, esa confianza que necesitaban los niños porque los vínculos relacionales se tornaron totalmente inseguros, insatisfactorios, muy mediatizados por los niveles de ansiedad o por la expresión comportamental. La conformación con la tarea social del aprendizaje y la actividad escolar tenían una cierta tendencia a la dispersión que no es un trastorno de déficit de atención con hiperactividad. El metilfenidato no va a hacer nada, la atomoxetina no va a hacer nada, porque es una dispersión mental, intelectual y cognitiva por el hecho propio del confinamiento y del retorno a la escolaridad. No hay que olvidar que en estos momentos las actitudes de la familia y del profesorado van a interactuar tremendamente, sobre todo a la hora de afrontar el aprendizaje.

Decía la gran poeta Rosalía de Castro: “Cargado de penas, ¿qué pecho resiste? ¿Cuál rendido viajero no quiere buscar el descanso que el cuerpo le pide?”. Así que, como conclusiones yo les diría primero, que la pandemia ha supuesto un impacto de interferencia en el desarrollo muy importante, que además se ha visto acrecentado por la suspensión de la escolaridad y por el hecho del confinamiento y la gran cantidad de muertes que ha habido y por las informaciones alarmantes que

aparecían de manera continua en todos los sistemas informativos. Los síntomas detectados en evaluación clínica podían sugerir tipos ansiosos y ansiosos-depresivos y, sobre todo, en algunos casos más graves en las personas vulnerables, podían llegar hasta la situación de estrés postraumático. A pesar de todo, la cuestión importante ha sido en todos estos casos la de factores psicológicos y del comportamiento asociados a la enfermedad como tal, es decir, a la situación en este caso de la pandemia. La mayoría de los problemas detectados en la infancia van a ser o leves o moderados; en algunos casos van a tener una intensidad importante, aunque serán pocos conceptualmente al proyectarse sobre el conjunto, pues entonces van a ser muchos los que van a necesitar ayuda. El impacto en la salud mental de infancia y adolescencia todavía está por ser evaluado a medio y largo plazo. Eso es lo más importante que debemos evaluar: el seguimiento longitudinal a medio y largo plazo. Hay que saber compaginar coberturas individuales con psicoterapias individuales y grupales con el apoyo familiar, especialmente con técnicas de *counselling* o de terapia familiar. Importante también es el trabajo de interconsulta con los pediatras y los profesores, el trabajo social con las técnicas propias de una concepción de salud mental infanto-juvenil de tipo comunitario que enlace la intervención de salud mental con el propio reconocimiento hacia la infancia y la adolescencia.

Recuerden lo de la teleasistencia; la teleasistencia viene para quedarse, tiene que haber plataformas confiables que registren la actividad y, desde luego, todo desde esa perspectiva de promoción de la salud y de prevención de la iatrogenia o de la prevención cuaternaria. Ya no hay solo tres tipos de prevención sino que hay el cuarto tipo, la prevención cuaternaria, que es el evitar el efecto desagradable por parte de nuestra propia intervención profesional. Esto lo he estado repitiendo yo durante todo el tiempo de la pandemia y quiero compartirlo también con ustedes: “En los momentos de crisis las personas inteligentes buscan soluciones, mientras que las personas mediocres e incompetentes señalan y buscan problemas”. Esperemos que todos seamos inteligentes y entre todos busquemos estas soluciones, Muchísimas gracias.