The background of the cover is dark purple with several stylized virus icons scattered across it. Each icon consists of a central circle with several smaller circles attached to its perimeter, representing the spike proteins of a virus.

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19

Estudio del primer rebrote en Villa Clara

Isaac Iran Cabrera Ruiz
Miguel Angel Toledo Méndez
Addys Pérez Fernández

Prólogo de Manuel Calviño

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19

Estudio del primer rebrote en Villa Clara

©Isaac Iran Cabrera Ruiz, Miguel Angel Toledo Méndez, Addys Pérez Fernández, 2021

© Sobre la presente edición: Editorial Feijóo, 2021

Edición y corrección: Miriam Artilles Castro

ISBN 978-959-312-477-5



Atribución-NoComercial-SinDerivadas CC BY-NC-ND



Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas

Carretera a Camajuaní km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

COLABORADORES

Los autores reconocen la colaboración de los siguientes profesionales en la evaluación psicológica de los niños y adolescentes que enfermaron de la COVID-19, durante el primer rebrote en Villa Clara.

Dr. Edelio Seijo Alemán

Lic. Maritza Paula Arce Echevarría

Dr. Omar Hernández Rivero

Dra. María de los Ángeles Fernández Cabezas

Dra. Aimée Fournier Orizondo

Dra. Mislandy González Guevara

Dra. Linet Martín López

Lic. Anisley Sotolongo Beltrán

Lic. Yamila Fabián Cruz

Dra. Lisbette Abreu Pérez

Dra. Yailén Díaz Laportilla

Lic. Ana Irbys Rodríguez de la Rivera

Dra. Helena Fernández Esperanza

Dra. Maibel Sánchez Hernández

Lic. Dailin Sotolongo Consuegra

Lic. Lidia Romero Águila

Lic. María Antonia López Hernández

Dra. Nilda María Pérez Mauri

Lic. Lisette Ysaba Suárez

Lic. Gretter Mayara Fernández Flores

Dr. Angel Miguel Álvarez Donis

Lic. Milaxys Méndez Rodríguez

Dra. Marleni Zamora Rodríguez

Lic. Anet Osoris Albornas

Lic. Didier González Martínez

Dra. Ileana Gavilán García

Dr. José Luis Mesa Hernández

Lic. Jordan Casanova García

Lic. Yohana Rodríguez Castellón

Lic. Beatriz León Romero

Lic. Sandra Núñez Mora.

Lic. Celenys de Armas García

Dr. Osvaldo Ramos Fernández

Lic. Belkis Vasallo Rodríguez

Lic. Dunia Beatriz Álvarez Guerra

Los miembros de los equipos de CDO municipal de Caibarién, Camajuaní, Cifuentes, Encrucijada, Ranchuelo y Santa Clara.

*A los niños, adolescentes y familiares que participaron en el estudio,
quienes desde su difícil situación abrieron las puertas.*

ÍNDICE

ENFERMAR DE COVID-19: AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO A UN ACONTECIMIENTO POTENCIALMENTE PSICOPATÓGENO	4
COVID-19 Y SALUD MENTAL: FACTORES DE RIESGO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES....	4
¿QUÉ DICEN LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL IMPACTO PSICOLÓGICO A NIÑOS Y ADOLESCENTES?	7
METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO PARA EL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19.....	10
AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS EN LAS ETAPAS LACTANTE E INFANCIA TEMPRANA CONVALECIENTES A LA COVID-19	18
HALLAZGOS CLÍNICO-PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5 MESES-3 AÑOS DE EDAD	18
FAMILIA: TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDAD DE CUIDADO	19
ESTUDIO DE CASOS SEGÚN HALLAZGOS CLÍNICO-PSICOLÓGICOS ENCONTRADOS EN LOS NIÑOS DE 5 MESES-3 AÑOS DE EDAD	20
CASO DIAGNOSTICADO CON FOBIA ESPECÍFICA SITUACIONAL (F.40.248).....	20
CASOS SIN DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	21
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS DE 5 MESES-3 AÑOS DE EDAD CONVALECIENTES A LA COVID-19.....	25
AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS PRESCOLARES Y ESCOLARES CONVALECIENTES A LA COVID-19	26
HALLAZGOS CLÍNICO PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE 5-11 AÑOS DE EDAD	26
NECESIDADES, TEMORES Y MALESTARES	25
FAMILIA: TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDAD DE CUIDADO	27
ESTUDIO DE CASOS DE LOS NIÑOS DE 5-11 AÑOS DE EDAD CONVALECIENTES A LA COVID-19.....	28
CASOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (F.93.0)	28
CASOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (F.43)	34
CASO DIAGNOSTICADO CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD AISLADA A PARTIR DEL INGRESO....	40
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS DE 5-11 AÑOS DE EDAD CONVALECIENTES A LA COVID-19.....	42

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19	43
HALLAZGOS CLÍNICO-PSICOLÓGICOS EN ADOLESCENTES	43
EXPERIENCIAS ASOCIADAS A LAS ACCIONES DE SALUD Y ALTA CLÍNICA	47
RECURSOS PSICOSOCIALES DE AFRONTAMIENTO.....	48
NECESIDADES, TEMORES Y MALESTARES	49
FAMILIA: TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD, ACTIVIDAD DE CUIDADO Y CONDUCTAS DE RIESGO.....	51
ESTUDIO DE CASOS DE LOS ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	52
CASOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DE ADAPTACIÓN CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO (F.43.21)	52
CASO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA F.41.1	57
CASO DIAGNOSTICADO CON TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (F.93.0)	59
CASOS SIN DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	62
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19.....	78
HALLAZGOS Y DESAFÍOS: LECTURAS DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE ENFERMARON DE COVID-19.....	80
HALLAZGOS CLÍNICO PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES ESTUDIADOS ..	80
NECESIDADES, TEMORES Y MALESTARES	82
FAMILIA: TIPOLOGÍA, FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDAD DE CUIDADO	83
PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS DIAGNOSTICADAS	88
LA RESPONSABILIDAD CON LA SALUD PSICOLÓGICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
SOBRE LOS AUTORES	96
SOBRE LOS COLABORADORES.....	97

A manera de PRÓLOGO

¿Quién dice que el corazón logra nublar inexcusablemente a la razón? ¿quién puede afirmar que el compromiso con el sufrimiento ajeno puede anestesiar la cruda realidad objetiva que pretende tramitar la investigación científica? Las prácticas científicas sin compromiso, sin el impacto sensible de los problemas que afronta, son, al menos para las ciencias sociales, anquilosamientos de viejas tradiciones superadas ya en la teoría y en la práctica. Y el libro *Afrontamiento psicológico de niños y adolescentes convalecientes a la Covid-19. Estudio del primer rebrote en Villa Clara*, de los autores Isaac Iran Cabrera Ruiz, Miguel Angel Toledo Méndez, Addys Pérez Fernández, que la Editorial Feijóo ha sido certera en publicar, es una evidencia.

Un recorrido que comienza por atravesar los renglones torcidos intrínsecos a la pandemia de la Covid-19, un desastre sanitario que colma de tristeza y dolor a la población, cuyo impacto devastador trasciende los límites de una enfermedad del cuerpo, y se redimensiona en toda la existencia humana extracorpórea. Las personas sufren, las familias sufren. Sufren las comunidades, las instituciones. Sufre el país.

Pero no faltan nunca los que asumen la responsabilidad de focalizar su profesionalismo en el afrontamiento de la invasión pandémica y del dolor que arrastra consigo. Entonces, observan, estudian, diagnostican, intentan comprender hasta la esencia, conforman acciones de intervención, de cura, de prevención, participan no “desde las gradas”, sino en todos los frentes, allí donde la sensibilidad humana y la vocación profesional los conduce.

Si doloroso y traumático es el malsano impacto del (los) nuevo(s) coronavirus sobre la población adulta, y más aún sobre los que han pasado ya la línea de los sesenta, hablar de la Covid 19 en la infancia y la adolescencia supone un tono distinto. Y la pandemia, dicen, “se ha ensañado con la población pediátrica” (un tema en discusión, en cuya precisión habría que dejar claro que ese ensañamiento tiene, lamentablemente, cómplices en alguna porción, no despreciable por su efecto, del universo adulto que peca de descuido o irresponsabilidad).

Adentrándonos en las páginas de este libro, en realidad desde las primeras, se va sintiendo el entramado reactivo del comportamiento infantil y adolescente ante el deambular de la pandemia por nuestras calles y guardarrayas (porque nadie debe equivocarse, el problema no es solo ciudadano, aunque las condiciones de vida en el campo pueda tener barreras protectoras propias), efecto de temores y otros estados subjetivos, pero también de la ruptura de sus rutinas habituales,

algunas casi de ritual, establecidas por la restricción de las salidas fuera de la casa. Efectos, por supuesto, de la pérdida de ese organizador de vida fundamental que es la escuela.

Niños y adolescentes contagiados por la Covid-19. Niños y adolescentes hospitalizados. Es ese el universo poblacional en cuyas tensiones descansa la “ansiedad productiva” que convoca a la sensibilidad profesional. Y es así que, desde la angustia, al decir de Devereaux, apertrechados de los saberes científicos de la Psicología (y muchos otros), este grupo de hacedores de ciencia al servicio del bienestar y la felicidad de los cubanos y las cubanas, se hace preguntas clave:

¿Cómo es el proceso de afrontamiento cuando los niños y adolescentes viven la experiencia de enfermarse de Covid-19? ¿Cómo es vivido el vínculo con la enfermedad, la hospitalización, las informaciones y referencias a síntomas, letalidad, efectos secundarios, medidas higiénicas, alejamiento de las personas de mayor apego? ¿Cuáles significados y emociones se construyen de esa realidad dimensionada por la protocolización de la atención médica? ¿Cómo se fractura la cotidianidad durante su convalecencia?

A partir de aquí, la sensibilidad asume la función de amparar el sentido de lo que es un trabajo científico de gran calidad que, con su rigurosidad y adecuado desempeño, no pierde la esencia humana de la problemática que estudia. Los niños y adolescentes luchando contra la Covid-19, están presentes todo el tiempo. Dicho en palabras de sus autores: El libro contribuye a testimoniar el afrontamiento psicológico a la Covid-19 de los niños y adolescentes que enfermaron en la provincia de Villa Clara. Otra de las múltiples caras y secuelas del impacto de la pandemia.

Y la única forma de admitir esto es leyendo el texto, y por qué no, imaginar a los actores enfrascados en una batalla de grandes dimensiones, a favor de la salud de quienes son parte fundamental del futuro de la nación.

Contentivo de las evidencias de la realización de un intenso trabajo investigativo que asumieron los autores, de sus elaboraciones emergidas de los resultados obtenidos en los estudios empíricos, en contacto con los que desde su difícil situación abrieron las puertas a los estudios clínico-psicológicos, presentando contundentes datos de inequívoca interpretación, el libro que tienen la posibilidad de leer es excelente, develador, comprometedor, inspirador.

Una cosa más, aun cuando este es un texto escrito con un lenguaje propio para la comprensión profesional, todos los adultos, especialmente padres y madres, abuelos y abuelas, pueden tener una apropiación enriquecedora del mismo. Porque este no es un texto privativo para profesionales de las ciencias sociales, y las ciencias médicas; es un libro que admite diversos lectores, y cada uno hará la asimilación pertinente a sus necesidades de saber y entender, apropiarse de lo que aquí se descubre para ayudar a nuestros niños y niñas, a nuestros adolescentes que han

enfermado con la Covid-19, a construir desde el dolor y el sufrimiento, desde el temor y la incertidumbre, pero también desde el apoyo y la solidaridad, el camino de la recuperación, y seguir construyendo una vida plena, feliz.

El axioma cae por su propio peso: Vale la pena.

PROF. MANUEL CALVIÑO

ENFERMAR DE COVID-19: AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO A UN ACONTECIMIENTO POTENCIALMENTE PSICOPATÓGENO

COVID-19 y salud mental: factores de riesgo para niños y adolescentes

La Organización Mundial de la Salud declaró el 11 de marzo de 2020 a la COVID-19 como pandemia¹ (Nekane, et al., 2020). Ese mismo día se reportó el primer caso en Cuba. El día 10 de marzo de 2020 se identificaron cuatro turistas procedentes de la región italiana de Lombardía con sintomatología respiratoria, que se encontraban hospedados en un hostel en la ciudad de Trinidad, provincia de Sancti Spíritus, quienes habían arribado en días recientes por el aeropuerto de La Habana. Fueron ingresados en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, y al día siguiente se confirmó que tres de ellos resultaron positivos, con lo cual se convirtieron en los tres primeros casos diagnosticados en Cuba. El 12 de marzo se confirmó el cuarto caso positivo al nuevo coronavirus SARS-CoV-2, un cubano residente en Santa Clara, provincia de Villa Clara.

Ante esta situación el Ministerio de Salud en Cuba dispuso 2 472 camas para la atención médica relacionada con el coronavirus, en 11 hospitales y 18 centros de aislamiento (Beldarraín, Alfonso, Morales, Durán, 2020), importante medida de contención que extrajo de la comunidad a las personas sospechosas y a contactos de los casos positivos, lo cual disminuyó el número de contagios y ralentizó el avance de la epidemia.

A partir de este momento continuaron apareciendo casos. El 26 de marzo se reportó el primer fallecido, y al día siguiente se presentó el primer evento de transmisión local, el cual tuvo lugar en Matanzas. Hasta el 4 de abril se habían registrado 19 niños afectados por esta enfermedad, ninguno de los cuales presentó una evolución a la gravedad. El 7 de abril el país entró en la etapa de transmisión autóctona limitada de la COVID-19, después de confirmarse casos sin establecer nexos con viajeros procedentes de zonas afectadas, los cuales se limitaban a conglomerados pequeños en localidades e instituciones del país. Esta situación se extendería hasta el 10 de agosto, e incluiría un tránsito breve de la mayoría de las provincias por diferentes etapas de recuperación.

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa, respiratoria aguda, a veces grave, causada por un nuevo coronavirus SARS –CoV-2 cuya transmisión proviene de una fuente animal, por lo que se reconoce su origen zoonótico (Tesini, 2020; Pérez, Gómez y Diéguez, 2020). En breve tiempo se convirtió en pandemia con tres características bien definidas: rapidez-escala, gravedad y perturbación socioeconómica (OMS, 2020), originando una emergencia sanitaria, económica,

¹ La rápida expansión de la enfermedad hizo que la Organización Mundial de la Salud, en fecha temprana como el 30 de enero de 2020, la declarara una emergencia sanitaria de preocupación internacional, basándose en el impacto que el virus podría tener (OMS, 2020, 31 de enero).

social y ambiental a nivel mundial. En Cuba, según la Directiva No. 1 del Consejo de Defensa Nacional (Castro, R., 2010) se catalogó como desastre de origen sanitario por su propagación — vía respiratoria, de persona a persona— a una velocidad alarmante, excediendo la incidencia esperada y las capacidades asistenciales para el manejo de las víctimas, en tanto provocó afectaciones al funcionamiento de la sociedad, y ocasionó enfermos y fallecidos. Esto ha demandado el uso de un número de bienes materiales por los servicios de salud, en una dimensión más allá de la capacidad normal para enfrentarlo en cada territorio afectado.

De este modo, el evento pandémico de la COVID-19 se presenta en su origen como un desastre sanitario, de alcance sistémico (Sanahuja, 2020), que afecta todas las dimensiones de la vida social, con una proyección a escala global que exagera y agudiza las dinámicas presentes en otras crisis anteriores más amplias y de lento desarrollo: las estructuras históricas y suministros claves.

Las pandemias son crisis poco frecuentes, pero potencialmente devastadoras, que afectan la vida física, social y psicológica. A diferencia de otros desastres, se caracterizan por la adopción de medidas para evitar su propagación. El confinamiento ha constituido una de las medidas fundamentales exigidas por las autoridades sanitarias y gubernamentales para limitar la transmisión de la enfermedad, lo que ha implicado interponer espacios entre las relaciones interpersonales que van desde lo físico, como distancia reglamentaria en la vida social, hasta la cuarentena y el aislamiento que, respectivamente, limitan movimientos o crean separaciones. Medidas pensadas para disminuir la contagiosidad que tiene consecuencias indeseables y aumenta el impacto negativo de la pandemia.

La COVID-19 deviene crisis de salud física que puede desencadenar, si no se toman medidas correspondientes, severas afectaciones a la salud mental (ONU, 2020). Aunque el principal impacto que ha generado esta enfermedad en la cotidianidad se relaciona con la salud física (síntomatología y secuelas), la ciencia ha evidenciado las afectaciones en la salud mental. Los niños y adolescentes constituyen una población vulnerable al impacto psicológico que desencadena, ya “que son especialmente sensibles a los cambios en sus rutinas y hábitos de vida, a los que suelen reaccionar con desajustes emocionales y de conducta” (García, Castellanos, Pérez & Álvarez, 2020, 52). Es un impacto psicosocial que está atravesado por los desiguales niveles socioeconómicos de la familia, las medidas de aislamiento y restricciones de contacto físico y la tensión generada entre las nuevas demandas de la cotidianidad y los recursos de las familias.

Los niveles socioeconómicos de la familia agudizan la vulnerabilidad de niños y adolescentes

La pandemia ha implicado en Cuba, como señala Anaya (2021), interrupciones laborales, en el sector estatal y cuentapropista, y consecuentes contracciones en los ingresos en el hogar², a la vez que un aumento en las necesidades de alimentación que se incrementan por la permanencia en las viviendas³. A esta realidad se unen situaciones de desabastecimiento en mercados liberados y en las tiendas en CUC que, en una parte no despreciable, se han reconvertido en tiendas en moneda libremente convertible con una oferta limitada con respecto a la demanda y que reproducen diferenciación social. La contracción del ingreso puede afectar además el acceso a la tecnología para mantener la escolaridad digital. Otro aspecto de base son las condiciones de la vivienda, lo cual marca diferencias en el uso del espacio que limitan las actividades relacionadas con el estudio y el juego

Aun cuando se carece de evidencias, pues la pandemia se encuentra en pleno desarrollo, es de suponer que estas condiciones impacten en el afrontamiento de la familia cubana pues, como plantea González (2020), los niveles económicos bajos contienen la posibilidad de un aumento de riesgos debido a las pérdidas de empleo en los padres, al escaso acceso a una alimentación saludable, situaciones de violencia intrafamiliar, alto estrés familiar y situaciones de maltrato infantil.

El aislamiento y las restricciones de contacto físico han fracturado el equilibrio con el que niños y adolescentes vivían la cotidianidad, afectándose las influencias mediadoras, formales o informales, provenientes de los sistemas de actividades y comunicación fundamentales en su desarrollo (García, Castellanos, Álvarez, & Pérez, 2020; Pañellas, Arango, Capote & Álvarez, 2020 y Cabrera, Toledo, Pérez, 2020).

Las escuelas cerraron, trasladándose las actividades institucionalizadas de aprendizaje al hogar a través de teleclases, lo cual implicó la ruptura de horarios y rutinas previas, así como nuevas demandas en el proceso de estudio, que incluye hacerlo sin el maestro y sin la socialización con los coetáneos. A ello se unen las exigencias de determinados grados que requieren el empleo de nuevos métodos de obtención del conocimiento. Asimismo, el uso del tiempo libre exigió reestructuraciones, principalmente en actividades hacia el interior de la vivienda, donde se carece

² Los trabajadores estatales declarados interrumpidos han visto disminuidos sus ingresos al 60 % después del segundo mes de la interrupción; los cuentapropistas, aunque un grupo de actividades se mantienen, han sufrido un choque de demanda, mientras otro grupo de actividades han cerrado, quedando sin fuente de ingreso. Para paliar esta situación se ha propiciado el cambio de actividad, tanto para los trabajadores estatales como para los trabajadores por cuenta propia, cuyas actividades se han visto limitadas bajo pandemia, hacia algunas de las priorizadas (García, 2021).

³ Si consideramos que los alimentos tienen una participación en los gastos de la familia cubana que se estima entre el 42 % y el 50 % (Anaya & García, 2018).

de espacios adecuados para jugar y practicar deportes, y se prescinde de acompañamientos habituales.

Las demandas a la vida cotidiana y la convivencia en el hogar pusieron en tensión los recursos de las familias para cumplir sus funciones, las cuales tuvieron que replantearse ajustes a su dinámica como evidencian García, Castellanos, Álvarez, & Pérez (2020).

Para la familia significó compatibilizar funciones de apoyo a la educación de sus hijos en el hogar, con el trabajo, así como mediar con una realidad cargada de noticias catastróficas en los medios de comunicación, el temor a enfermar o perder familiares, la educación en el autocuidado, las necesidades, y hasta las propias situaciones de carencias y desabastecimiento sobrevenidas. La pandemia exigió comprender la vida emocional de los menores, entender que les cuesta más el aprendizaje sin ir a clases, que también son afectados por la situación de crisis, y que las manifestaciones conductuales expresan su malestar emocional. Responsabilidades para las que la familia no estaba preparada o no siempre encontraba alternativas.

Esta realidad se agrava, según Payá et al. (2020), cuando le preceden tensiones padres-hijos, dinámicas muy disruptivas con disputas constantes, familias disfuncionales con estilos educativos inadecuados, rígidas, autoritarias, sobreprotectoras, permisivas, rechazantes o inconsistentes, con inversión de roles y falta de límites. También por situaciones de riesgo diversas como progenitores con trastornos mentales o adicciones, violencia intrafamiliar y afectación directa de familiares por COVID-19, incluidos procesos de duelo.

¿Qué dicen las investigaciones sobre el impacto psicológico a niños y adolescentes?

Las problemáticas analizadas generan situaciones de estrés a partir de factores de riesgo que comprometen la salud mental de niños y adolescentes.

Según Imaz & Payás (2020), pueden presentarse problemas con el estrés crónico como insomnio, crisis de ansiedad, temores hipocondríacos o aumento del uso de sustancias; existen probabilidades de experimentar tasas altas de depresión y ansiedad durante y después de que finalice el aislamiento, las cuales aumentan en la medida en que este continúa; pueden culpabilizarse de lo que sucede en su entorno, específicamente por la transmisión de la enfermedad y el fallecimiento de familiares, sobre todo cuando se utiliza como elemento de presión para el cumplimiento de las medidas de aislamiento, lo cual provoca incertidumbre y miedo. Asimismo, deben jugar solos, sin interactuar con sus compañeros, lo que puede ponerlos en riesgo de problemas sociales y cognitivos.

Para González (2020), entre los principales riesgos se encuentra el estrés psicosocial y los problemas psicológicos, generados por la cuarentena en el hogar o la hospitalización por enfermedad del niño y sus familiares directos.

González (2020), Bartlett, Griffin & Thomson (2020) y la National Child Traumatic Stress Network coinciden en que el grado de afectación en este grupo de población va a depender, entre otros factores, de la edad, la cual influye en la asimilación de la información que se les proporcione.

- Los menores de 2 años son conscientes de los cambios a su alrededor, pueden extrañar a sus cuidadores habituales, inquietarse y molestarse por la nueva situación.
- En la etapa preescolar las reacciones más esperadas son el miedo a estar solo, a la oscuridad, o las pesadillas, las conductas regresivas, los cambios en el apetito y un aumento de rabietas, quejas o conductas de apego al adulto o cuidador principal.
- Los niños de 6 a 12 años pueden mostrarse preocupados por la situación, su propia seguridad y la de sus cuidadores, además por el futuro. Puede aparecer irritabilidad, pesadillas, trastornos del sueño o del apetito, síntomas físicos como dolores de cabeza o dolor abdominal, problemas de conducta o apego excesivo, así como pérdida de interés por sus compañeros, y competitividad por la atención de los padres en casa.
- En adolescentes de 13 a 18 años puede ser habitual encontrar síntomas físicos, trastornos del sueño o de apetito, aislamiento de compañeros y seres queridos; también se evidencia un aumento o disminución de su energía, apatía y desatención a los comportamientos de promoción de la salud.

Con respecto a las situaciones de confinamiento y aislamiento Buheji, Jahrami, Cunha & Ebrahim (2020) consideran que generan angustia en los niños; así como el aumento del estrés en la población infantil a partir de las dudas sobre la enfermedad en sí, junto con la falta de contacto con personas de su entorno y un clima de hostilidad familiar.

También los antecedentes psicológicos previos a la pandemia repercuten en el aumento de sintomatología específica posterior. Según Espada, Orgilés, Piqueras & Morales (2020) en el caso de niños con apego ansioso establecido con sus padres o cuidador principal, podrían manifestar reacciones de ansiedad de separación debido a que durante el confinamiento las relaciones con figuras de apego significativas resultan mucho más estrechas. Incluso podrían rechazar ir al colegio cuando se retome la actividad escolar. De igual modo, niños/as con rasgos de introversión podrían intensificar sus reacciones de timidez al estar alejados de contextos sociales variados, o el/la niño/a con tendencia a preocuparse podría manifestar reacciones ansiosas y anticipaciones aprensivas de amenaza incluso tras la terminación de la cuarentena.

Otro aspecto considerado es la separación de los niños y adolescentes de sus cuidadores durante la pandemia o la pérdida de un ser querido. En estos casos se considera que serán más propensos a presentar problemas psicológicos, miedo a la infección y ansiedad de separación,

por lo que posiblemente necesitarán atención psicológica especializada (Liu, Bao, Huang, Shi, & Lu, 2020).

Varios estudios señalan que el confinamiento en el hogar ha tenido un impacto negativo en el bienestar psicológico de niños y adolescentes.

Los primeros estudios en China (Wang et al., 2020; Zhang et al., 2020) encontraron afectaciones en la pérdida de hábitos y rutinas, así como estrés psicosocial.

En un estudio en Italia, Di Giorgio, Di Riso, Mioni & Cellini (2020), reportaron empeoramiento general de la calidad del sueño y la distorsión de la experiencia del tiempo tanto en madres como en niños, así como un aumento de los síntomas emocionales (tristeza y frustración) y dificultades de autorregulación en los niños. En otra investigación realizada en Italia (Cerniglia, Pisano, & Meloni, 2020), encontraron que, en los niños menores de 12 años, el distanciamiento producía angustia psicológica debido a la separación de amigos y abuelos (64.5 % y 47.5 % respectivamente), y el uso excesivo de internet para fines de juego y comunicación (33.5 % y 19.2 % respectivamente).

El primer estudio con población infantil española (Orgilés et al., 2020) concluyó que el 89 % de los niños presentaba alteraciones conductuales o emocionales como resultado del confinamiento. Los resultados muestran que los síntomas más frecuentes fueron dificultad para concentrarse (76,6 %), aburrimiento (52 %), irritabilidad (39 %), intranquilidad (38,8 %), nerviosismo (38 %), sensación de soledad (31,3 %), inquietud (30,4 %) y preocupaciones (30,1%), propensión a discutir con el resto de la familia (29.7%), dependencia de ella (28 %), ansiedad (28.4%), enfado (25.9 %), reacios (24.7 %), tristeza (23.3 %), miedo a la infección por COVID-19 (23.1%), preocupación cuando alguien salió de la casa (22 %).

Xie et al. (2020) informan, a partir de un estudio en una muestra de 2 330 estudiantes chinos tras el periodo de confinamiento, tasas de depresión y ansiedad entre un 17,2 % y un 22,6 % respectivamente. Asimismo, el estudio llevado a cabo por Zhou et al. (2020), en población de China, evidenció la prevalencia de síntomas depresivos (43.7 %) y de ansiedad (37.4 %). Los síntomas depresivos más comunes fueron poco interés o placer en hacer las cosas (53.9 %), sensación de cansancio o de falta de energía (48.4 %) y alteraciones del apetito (45.6 %), mientras que la sensación de sentirse nervioso o ansioso (53.6 %), preocuparse demasiado (47.3 %) y la irritabilidad fácil (47 %) fueron los síntomas de ansiedad más prevalentes. Existen también estudios del impacto emocional secundario a la COVID-19 en población infantil española donde se reporta por parte de los padres un alto porcentaje (85.7 %) de cambios en el estado emocional de sus hijos durante la cuarentena (Brooks et al., 2020).

En un estudio realizado en Cuba por García, Castellanos, Pérez & Álvarez (2020) se constató que el período de aislamiento físico en casa a causa de la COVID-19 impactó en las familias cubanas, y en particular en la población infantil. Los niños y adolescentes que fueron objeto de análisis en esta investigación expresaron presencia de malestar psicológico a través de sobreapego a las madres, conductas rebeldes, desafiantes y voluntariosas, predominando la preservación del equilibrio psicológico y la integridad de los procesos básicos del desarrollo, y con ello un estilo de afrontamiento sano y una buena respuesta adaptativa.

Estos resultados, como señala González (2020), muestran un colapso en las rutinas diarias de niños y adolescentes, la imposibilidad de descargar su energía física debido al confinamiento en el hogar y la interrupción temporal de su relación con los coetáneos.

Metodología y trabajo de campo para el estudio del afrontamiento psicológico de niños y adolescentes convalecientes a la COVID-19

¿Cómo es el proceso de afrontamiento cuando los niños y adolescentes viven la experiencia de enfermar de COVID-19? ¿Cómo es vivido el vínculo con la enfermedad, la hospitalización, las informaciones y referencias a síntomas, letalidad, efectos secundarios, medidas higiénicas, alejamiento de las personas de mayor apego? ¿Cuáles significados y emociones se construyen de esa realidad dimensionada por la protocolización de la atención médica? ¿Cómo se fractura la cotidianidad durante su convalecencia?

Enfermarse de COVID-19 para niños y adolescentes constituye un acontecimiento potencialmente psicopatógeno que los enfrenta a la pandemia como situación de gran estrés, surgen así a demandas y tensiones ante el ingreso hospitalario y la intervención médica.

La pandemia es un hecho negativo, extremo, inusual, que tiene efectos psicosociales y se asocia con la amenaza a la vida. Introduce en la cotidianidad el sentido de peligro severo, efectos, interpretaciones y respuestas. Como hecho traumático reproduce en la subjetividad social sentidos de conmoción-inhibición, miedo y pánico. La enfermedad supone peligro para la vida propia y familiar, contiene la posibilidad de la pérdida, vivir en una realidad de aislamiento, cuarentena, desestructuración de rutinas, todo lo cual tiene consecuencias psicológicas. El hospital representa un cambio de entorno, recibir intervenciones médicas que pueden ser dolorosas o molestas por un personal protegido con medios que crean una situación de distancia y enfatizan en el peligro. Asimismo, implica el distanciamiento de las personas de mayor apego, tras una estadía en que deben vivir solos.

Esta situación demanda, a los niños y adolescentes, formas de afrontamiento. Afrontar psicológicamente el proceso de enfermar de COVID-19 es una experiencia de subjetivación de tensiones y contradicciones que tensan los recursos psicosociales del sujeto y lo movilizan en la

dirección de producir alternativas para el manejo o control de la experiencia. La enfermedad es registrada por los niños y adolescentes en producciones simbólicas emocionales, que, como experiencia de vida, integran lo histórico y lo contextual, en una configuración subjetiva que da cuenta del proceso de afrontamiento que transcurre en la tensa integración entre las configuraciones subjetivas ya constituidas y las que se encuentran en desarrollo en el curso de su acción, generando, como plantean Pavas & Díaz (2019), una multiplicidad de efectos colaterales que se asocian a nuevas producciones de sentido subjetivo.

Los niños y adolescentes que viven la experiencia de enfermar producen sentidos subjetivos diferenciados a partir de las configuraciones subjetivas que se desarrollan en historias de vida particulares. En ellos no emergen las mismas producciones subjetivas, por una parte, tienen lugar procesos simbólico-emocionales en relación con su personalidad y contextos sociales de vida; y por otra, son emergencias que convergen en formas sociales de comprensión de lo que les sucede.

Estudiar este proceso ayudará a comprender la forma de expresar la subjetivación de la enfermedad y la forma de atenderla, aportándose evidencias sobre aspectos desconocidos y que devienen retos para los nuevos contextos; en los que tendrán que promocionarse factores de resiliencia y anticipar posibles mecanismos patológicos, así como empoderar a las familias, las comunidades y las escuelas para el manejo de síntomas que pueden ser reversibles con una adecuada intervención psicosocial.

La etapa que se estudia, el primer rebrote o primera oleada (del inglés *first wave*), comprendió el período desde el 11 de marzo, inicio de la pandemia en Cuba, hasta la primera semana de agosto de 2020, cuando el país experimentó un notable retroceso y se reconoció el rebrote de la enfermedad. El 10 de agosto, cinco meses después de iniciada la pandemia producida por la enfermedad COVID-19 en Cuba, el país reportó 93 casos en un día, la cifra más alta hasta ese momento. Impacto y preocupación, sobre todo por el pronóstico. El 7 de agosto, después de un tránsito exitoso de la mayoría de las provincias por diferentes etapas de recuperación, La Habana regresó a la fase de transmisión autóctona limitada y Artemisa a la fase de recuperación. Comenzaba el segundo rebrote.

El objetivo de este trabajo fue develar la configuración subjetiva del afrontamiento psicológico a la COVID-19 de niños y adolescentes convalecientes a la enfermedad. La investigación se posicionó en la epistemología cualitativa como planteamiento para el estudio científico de la subjetividad, con un enfoque metodológico cualitativo constructivo interpretativo (González-Rey & Mitjás, 2016).

Se siguió un muestreo no probabilístico y se adoptó una estrategia por oportunidad, accediendo a los niños y adolescentes convalecientes a la COVID-19 que enfermaron en el período abril-julio de 2020, y que fueron incluidos para seguimiento por los servicios de salud mental a partir de su permanencia en la provincia. Se realizó un estudio de casos siguiendo un muestreo por estudio múltiple de casos, para enfatizar en el conocimiento de lo particular con una visión profunda, amplia e integrada de la unidad social compleja seleccionada. Los resultados se integraron a través de generalizaciones analíticas multinivel.

La muestra para su estudio se organizó en los siguientes grupos etarios:

- Grupo etario de 5 meses de vida a 3 años de edad: integra las etapas de lactante, edad temprana.
- Grupo etario de 5-11 años de edad: integra las etapas preescolar y escolar.
- Grupo etario de 12-18 años: adolescentes.

La muestra quedó constituida por 25 sujetos menores de 18 años que enfermaron de la COVID-19, ciudadanos cubanos, residentes en la provincia de Villa Clara y cuyos familiares dieron el consentimiento informado para participar en el estudio; de ellos 10 del sexo masculino y 15 del sexo femenino (figura 1). Fueron excluidos 8 niños y adolescentes, de ellos 4 ciudadanos cubanos residentes en el extranjero, 2 residentes en otras provincias, en un caso los padres no concedieron el consentimiento informado, y en otro caso cumplió los 19 años en 2020.

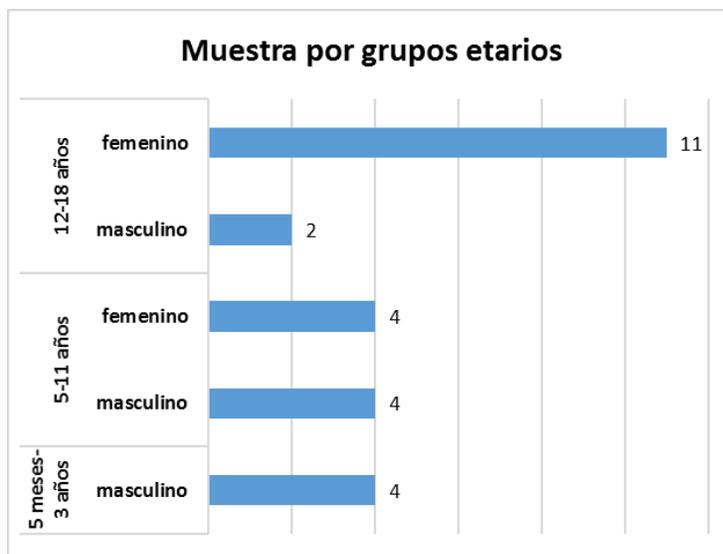


Figura 1. Distribución de la muestra por grupos etarios y sexo de niños y adolescentes que enfermaron de la COVID-19 en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021

La figura 2 evidencia las edades de cada niño. Los adolescentes se agrupan principalmente entre 15 y 17 años; los niños preescolares y escolares tuvieron en los 7 años la edad de mayor número de casos, y en lactantes y primera infancia, predominaron los de 3 años.

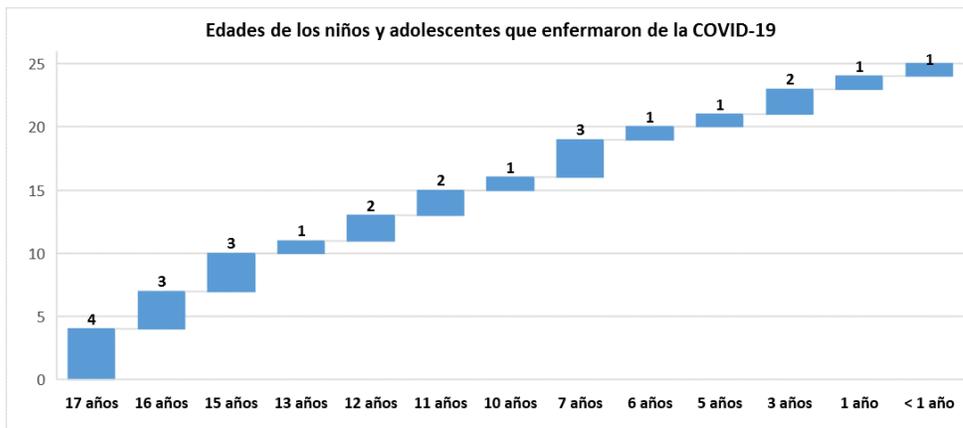


Figura 2. *Edades de los niños y adolescentes que enfermaron de COVID-19 en la provincia Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021*

Los niños y adolescentes provienen de 5 municipios de la provincia, siendo Camajuaní y Santa Clara los que más casos tuvieron, con 9 cada uno, representados por todos los grupos etarios. Asimismo, el municipio de Camajuaní fue el que más casos de adolescentes tuvo, y Santa Clara respecto a los niños (figura 3).

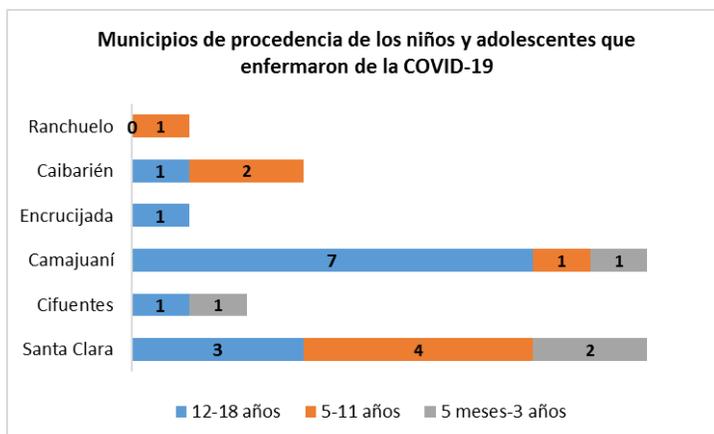


Figura 3. *Municipios de procedencia de los niños y adolescentes que enfermaron de la COVID-19 en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021*

En Villa Clara, el primer caso diagnosticado en edad pediátrica fue una adolescente⁴, hospitalizada el 23 de marzo de 2020 y confirmada tres días después. Con respecto a los niños⁵, el primer caso ingresó el 3 de abril y se ubica en el grupo de edad temprana; cinco días después

⁴ Los adolescentes enfermaron en los meses de marzo (4 diagnosticados) y abril (9 diagnosticados). Dentro de este grupo etario los dos últimos egresos hospitalarios se concedieron el 25 de abril.

⁵ En total fueron hospitalizados en abril 10 niños, y en mayo, 2 niños.

ingresó el primer niño en edad escolar. De forma general, abril fue el mes en que más casos se reportaron en estos grupos de edades con 19 pacientes (figura 4).

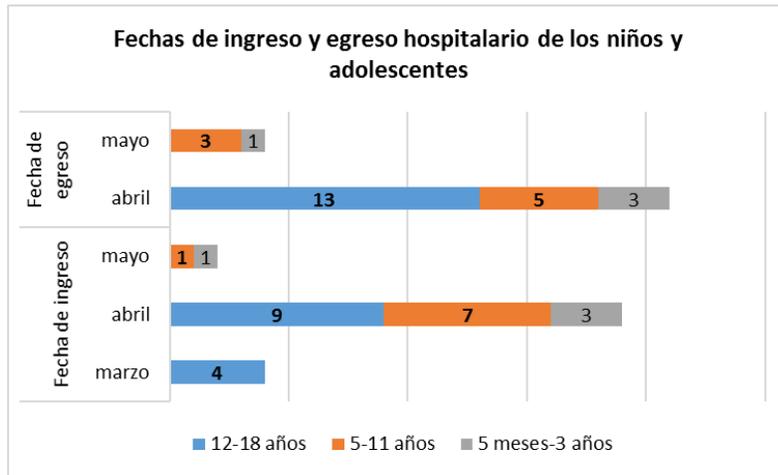


Figura 4. Fechas de ingreso y egreso hospitalario de los niños y adolescentes que enfermaron de COVID-19 en Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021.

Los instrumentos se aplicaron después del alta epidemiológica en las áreas de salud. Se realizó previamente una reunión de capacitación con los psicólogos y psiquiatras infantiles vinculados a las áreas de salud de los niños y adolescentes convalecientes, donde se entregaron los instrumentos y se acordó el procedimiento a seguir según protocolos de evaluación establecidos, respetando las características de cada etapa de desarrollo psicológico. En varios casos se acompañó el proceso desde el Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico “José Luis Miranda” de Villa Clara. Las familias fueron contactadas por los equipos de salud mental y del Centro Diagnóstico y de Orientación de cada municipio. Un total de 19 niños, el 76 %, fue evaluado en el mes de julio (figura 5). La extensión del proceso de evaluación obedeció a la situación epidemiológica en los contextos de vida cotidiana.

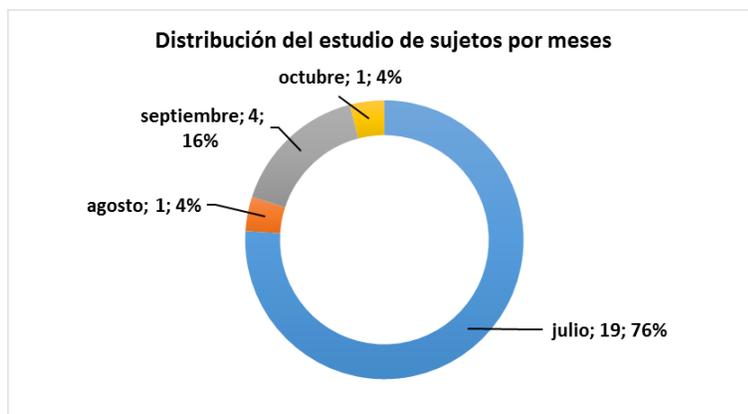


Figura 5. Fechas de evaluación psicológica de los niños y adolescentes que enfermaron de COVID-19 en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021

Se emplearon para la obtención de la información la composición temática (González Rey, 2006), la técnica tres deseos, tres miedos y tres molestias (García-Morey, 2003), la entrevista semiestructurada, el test de funcionamiento familiar FF-SIL (Louro Bernal, 2014), la historia social psiquiátrica, y el examen psiquiátrico (González Menéndez & Sandoval Ferrer, 2019).

La composición temática se aplicó para conocer los sentidos construidos por los adolescentes con respecto a la enfermedad y el proceso de hospitalización. Se les pidió redactarla con el título "Cuando estuve enfermo de la COVID-19". Se les facilitó una hoja de papel en blanco de tamaño carta y un lápiz de escribir. La hoja se colocó vertical delante del sujeto y no se le interrumpió durante la aplicación. No hubo tiempo límite para la realización.

La técnica tres deseos, tres miedos y tres molestias tuvo como objetivo explorar las principales necesidades, motivaciones, preocupaciones, temores, malestar psicológico en los contextos de vida cotidiana después de haber padecido la enfermedad. Se les entregó una hoja impresa con las solicitudes.

El test de funcionamiento familiar FF-SIL se empleó para conocer la dinámica de las relaciones internas de la familia, a partir de la percepción de uno de sus miembros.

La Historia Social Psiquiátrica (HSP) se realizó con el propósito de reunir los antecedentes y características del paciente, su familia y el contexto socioeconómico en que viven, su estructura y funcionamiento, así como la sintomatología psicológica de los niños y adolescentes.

El examen psiquiátrico constituyó un elemento clave para establecer el diagnóstico psiquiátrico de cada caso. Se realizó teniendo en cuenta la observación general del paciente y las funciones psíquicas (de síntesis o integración, de relación, cognoscitivas, afectivas y conativas). Fueron recogidos por el psiquiatra infantil, en forma ordenada, los síntomas y signos observados por funciones.

En los niños entre 5 meses y 3 años se aplicó, al cuidador principal, la historia social psiquiátrica para precisar los signos y síntomas, y el test de funcionamiento familiar FF-SIL.

A los niños desde 5 hasta 11 años se les aplicó la técnica tres deseos, tres miedos y tres molestias y el examen psiquiátrico. A su cuidador principal se aplicó la historia social psiquiátrica, la entrevista semiestructurada, y el test de funcionamiento familiar FF-SIL.

A los adolescentes se les aplicó la técnica tres deseos, tres miedos y tres molestias, la composición y el examen psiquiátrico. Al cuidador principal se aplicó la historia social psiquiátrica y el test de funcionamiento familiar FF-SIL.

Los datos se procesaron con la herramienta AtlasTi. Se realizaron lecturas flotantes para la familiarización con los documentos de análisis, y se delimitaron como unidades de contenido

trechos de información al analizarse como unidades constantes. De este modo fueron emergiendo impresiones, orientaciones, y se identificaron aspectos indicativos por su contenido subjetivo respecto al problema estudiado. Se procedió así a un proceso sistemático y multinivel de categorización, donde se organizaron y clasificaron las unidades obtenidas sobre la base de su sentido subjetivo en un sistema de categorías a través de una lógica configuracional.

Se partió de una codificación descriptiva para delimitar el contenido configuracional, aplicándose en un segundo momento técnicas como la comparación constante de códigos, el análisis de la frecuencia de aparición, la co-ocurrencia de códigos, el orden medio de evocación y la frecuencia media, lo cual permitió trascender hacia contenidos centrales y organizadores de la subjetividad. El análisis está atravesado por constantes procesos constructivo-interpretativos en el tránsito por los diferentes niveles categoriales.

La configuración subjetiva social de la COVID-19 de los adolescentes que enfermaron en Villa Clara fue construida interpretativamente a través de cinco núcleos de sentido y sus respectivos indicadores en un modelo teórico comprensivo que organiza la experiencia de la enfermedad y explica el posicionamiento en relación con su salud (figura 6).

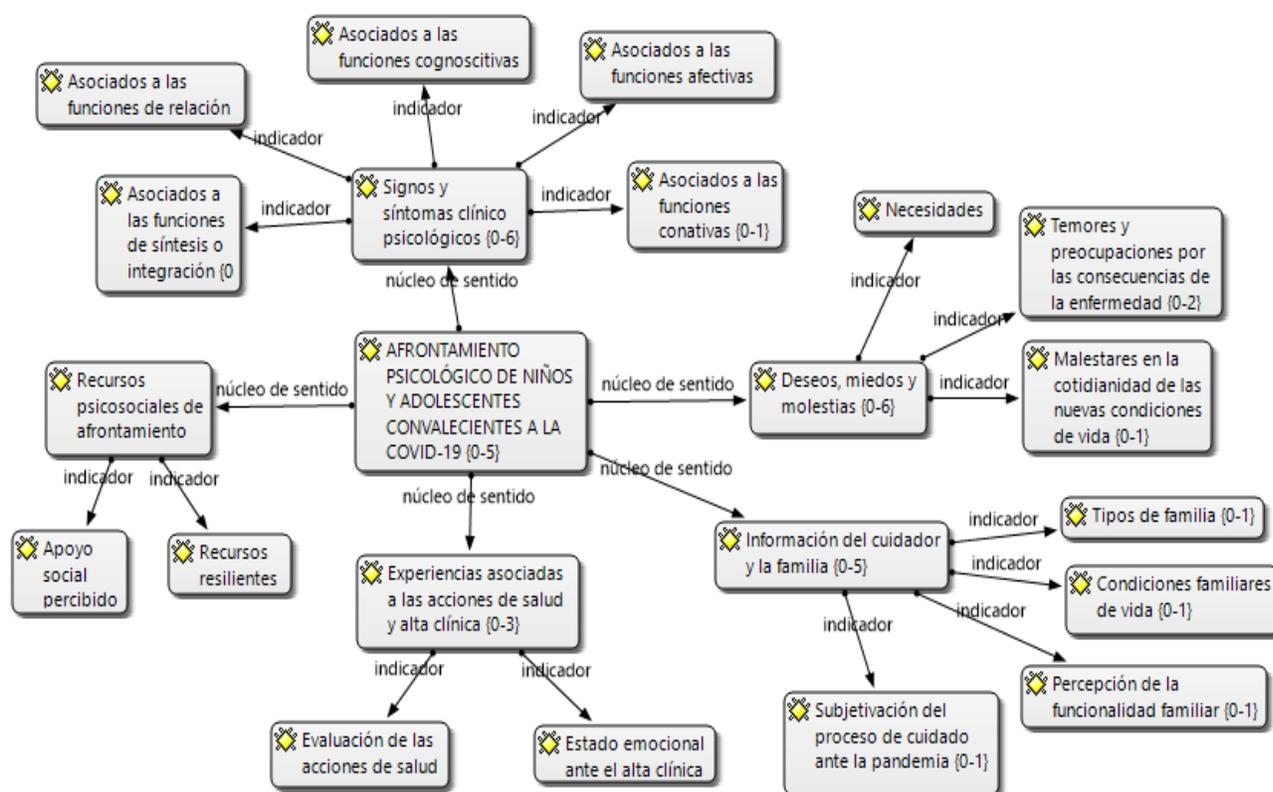


Figura 6. Modelo teórico comprensivo del afrontamiento psicológico a la COVID-19. Elaboración de los autores, 2021

Los signos y síntomas clínico-psicológicos son, respectivamente, las manifestaciones objetivas, observadas por el examinador, o reportadas por el cuidador, y subjetivas expuestas por los niños y adolescentes, que clínicamente indican una afección patológica a determinada función psíquica.

Las experiencias asociadas a las acciones de salud y el alta clínica es un núcleo que organiza los sentidos subjetivos emergentes con respecto a cómo se vivieron los procesos de atención por el sistema de salud y el alta médica como momento temporal significativo en la experiencia.

Los recursos psicosociales de afrontamiento expresan la configuración de recursos subjetivos movilizados por los adolescentes durante la hospitalización, para hacer frente a la situación de enfermedad, y las instrumentaciones de apoyo social percibido.

La configuración subjetiva de los deseos, miedos y malestares expresan las necesidades, temores y malestares de los niños y adolescentes en la rehabilitación en contextos de vida cotidiana.

Las características sociopsicológicas de la familia constituyen un núcleo que visibiliza la subjetividad familiar desde las mediaciones de la tipología de la familia, las condiciones familiares de vida, la funcionalidad familiar y el rol del cuidador principal.

Los resultados obtenidos se presentan a través de 4 apartados. Los tres primeros muestran los resultados para cada grupo etario, así como la presentación de cada caso. El último apartado realiza una generalización analítica de los estudios por grupos etarios y discute con otros resultados en muestras cubanas.

El libro contribuye a testimoniar el afrontamiento psicológico a la COVID-19 de los niños y adolescentes que enfermaron en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia, a la vez que nos muestra múltiples caras y secuelas del impacto de la pandemia.

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS EN LAS ETAPAS LACTANTE E INFANCIA TEMPRANA, CONVALECIENTES A LA COVID-19

Hallazgos clínico-psicológicos en niños de 5 meses-3 años de edad

Los familiares de los cuatro niños de 5 meses-3 años de edad refirieron manifestaciones psicopatológicas en estos pacientes a partir del ingreso por la COVID-19. A través de la entrevista semiestructurada realizada al cuidador principal fueron codificados 13 signos clínico- psicológicos en 15 ocasiones. Prevalció la afectación a las funciones conativas seguido de las afectivas y las de relación. Todos los niños manifestaron signos al menos con respecto a 2 funciones psíquicas (figura 7).

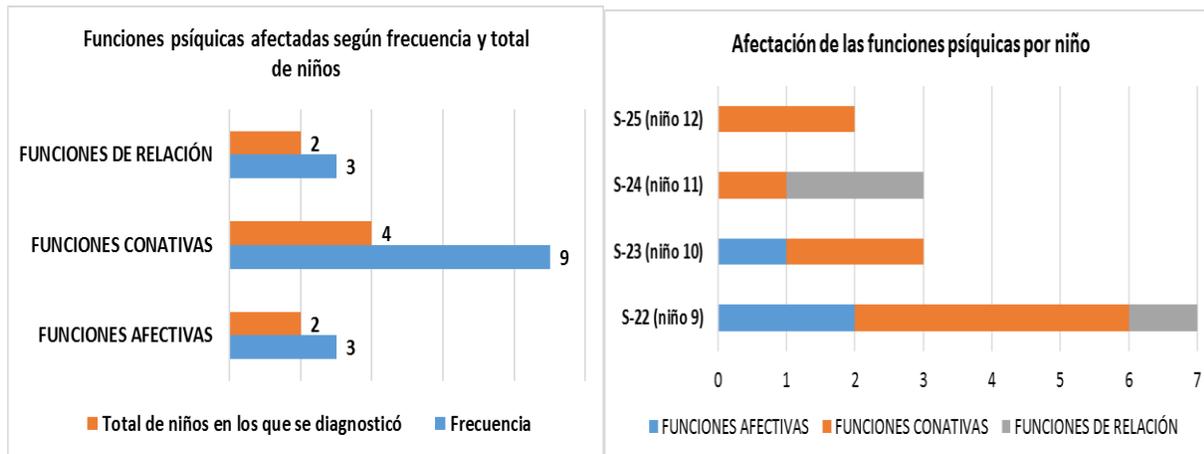


Figura 7. Hallazgos clínico psicológicos en los niños de 5 meses-3 años de edad. Elaboración de los autores, 2021

Dentro de los hallazgos clínico-psicológicos encontrados (figura 8) llama la atención el inicio temprano del sobreconsumo de tecnología, encontrado en dos pacientes de uno y tres años de edad, respectivamente, con más de 6 horas diarias de exposición a las pantallas, así como la presencia de trastornos del sueño (sueño intranquilo e insomnio) que se codificaron en tres ocasiones. Además, los familiares refirieron la presencia de ansiedad, onicofagia, hiperhidrosis palmo-plantar, miedo, irritabilidad, hipercinesia, rabietas frecuentes, exceso de apego al cuidador principal, conducta evitativa, y la aparición de manías, como la succión del pulgar, que no estaban presentes antes de enfermar por la COVID-19, lo que hace evidente la presencia de alteraciones en las emociones y el comportamiento dentro del afrontamiento psicológico a la enfermedad.

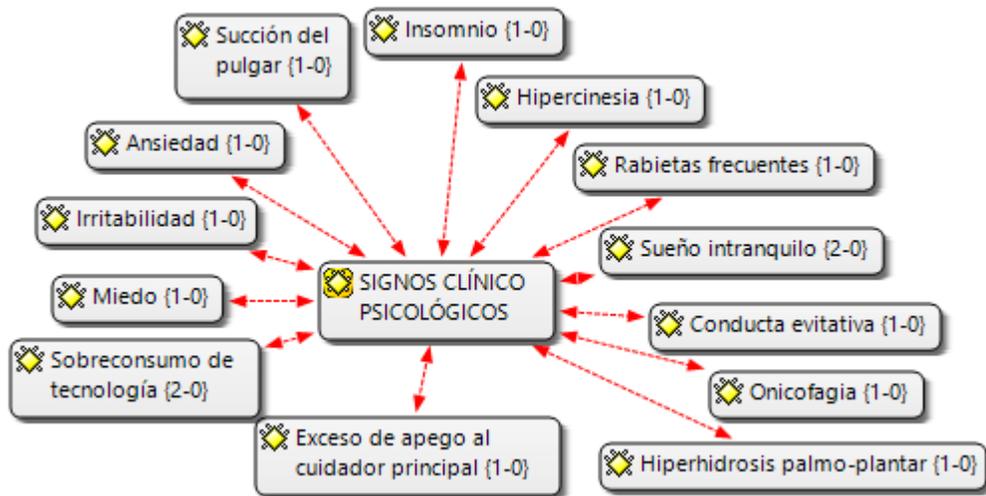


Figura 8. Hallazgos clínico-psicológicos encontrados en niños de 5 meses-3 años de edad. Elaboración de los autores, 2021

Familia: tipología, funcionalidad y actividad de cuidado

Tres de las familias son de tipo extensa, dos de ellas moderadamente funcional, y una severamente disfuncional. La familia reensamblada es disfuncional. Las dificultades en la comunicación se expresaron en estas familias como elementos que condicionan el ajuste al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes. Las dificultades en adaptabilidad, armonía, permeabilidad y cumplimiento de roles se reconocieron, respectivamente, en dos familias (figura 9). No se reportaron dificultades en cohesión y afectividad entre sus miembros en estas familias.

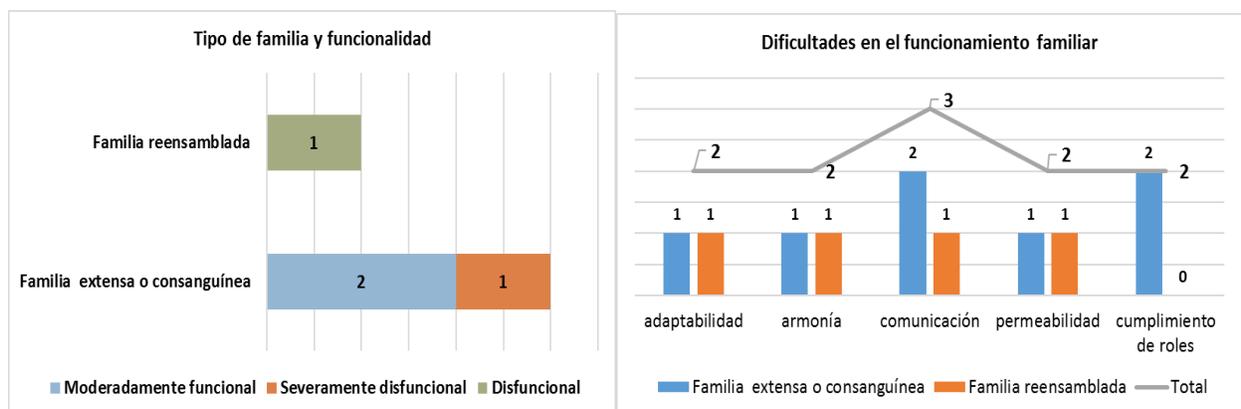


Figura 9. Tipología y funcionamiento familiar. niños de 5 meses-3 años de edad. Elaboración de los autores, 2021

Los cuatro cuidadores principales de los niños de 5 meses-3 años son mujeres, en tres casos es la madre, y en uno la bisabuela. Mujeres que refieren sentirse bien como estado de salud y que dedican al cuidado del niño todo el día, con ellos ven la televisión o juegan. Son madres que tienen la certeza de que manejan adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de

los niños, aunque una de ellas siente temor al hacerlo y miedo como preocupación por su hijo. La percepción de necesidad de apoyo se divide entre las que consideran que no lo necesitan, y las que concientizan la necesidad de ayuda psicológica o en las funciones de la familia, lo cual evidencia sobrecarga en el cumplimiento del rol materno.

Resulta difícil ubicarlas con respecto al ingreso, pues dos familias no lo declararon y las otras se reconocen, respectivamente, con ingresos altos e ingresos bajos. Asimismo, son familias que viven en viviendas de buenas condiciones y como regla los hijos duermen en la habitación de los padres.

Estudio de casos según hallazgos clínico-psicológicos encontrados en los niños de 5 meses-3 años de edad

Caso diagnosticado con fobia específica situacional (F.40.248)

El **sujeto 22** estudiado, figura 10, es un niño del sexo masculino de 3 años de edad, que integra una familia extensa formada, además, por la madre, abuelos y bisabuela. La familia vive en una vivienda de buenas condiciones.

Es una familia severamente disfuncional, padres divorciados con marcadas dificultades en la comunicación y adaptabilidad, así como dificultades moderadas en armonía y permeabilidad. La cuidadora refiere sentirse bien como estado de salud y dedica al cuidado del niño todo el día, con él ve la televisión o juega. Tienen la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales del niño, aunque reconoció necesitar ayuda psicológica.

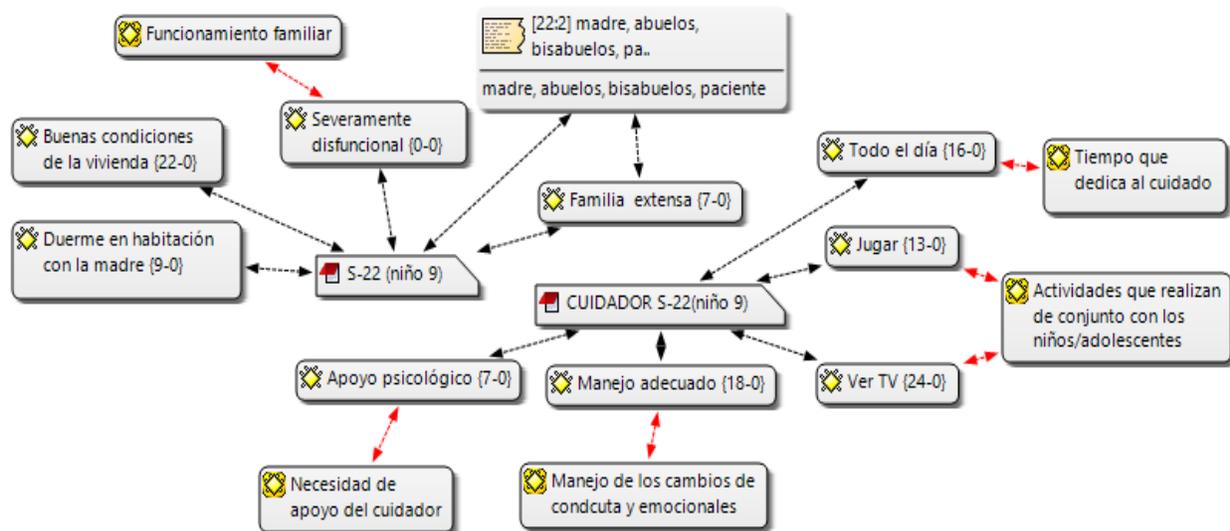


Figura 10. Familia y contexto de vida del sujeto 22 (niño 9). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del niño a la enfermedad COVID-19 (figura 11) se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran sobreconsumo de

tecnologías, ansiedad, miedo (intenso, irracional, a los carros o sonido del claxon), hiperhidrosis palmo-plantar, onicofagia, conducta evitativa, rabietas frecuentes, pérdida del interés por las actividades y juegos habituales y sueño intranquilo. En el orden nosográfico se diagnosticó la presencia de una fobia específica situacional (F.40.248), teniendo en cuenta la presencia de miedo y ansiedad intensa e inmediata a los carros, sonido del claxon o sirena (estímulo fóbico), que se expresó con llanto, rabietas, quedarse paralizado o aferrarse al adulto; objeto y situación que se evitan incluso en situaciones de juego. Se consideró, además, que el miedo y la ansiedad son desproporcionados con respecto al peligro real que plantea el objeto y situación específica, haciéndose persistentes y duraderos, lo que ocasiona malestar clínicamente significativo y deterioro en las actividades de juego del niño.

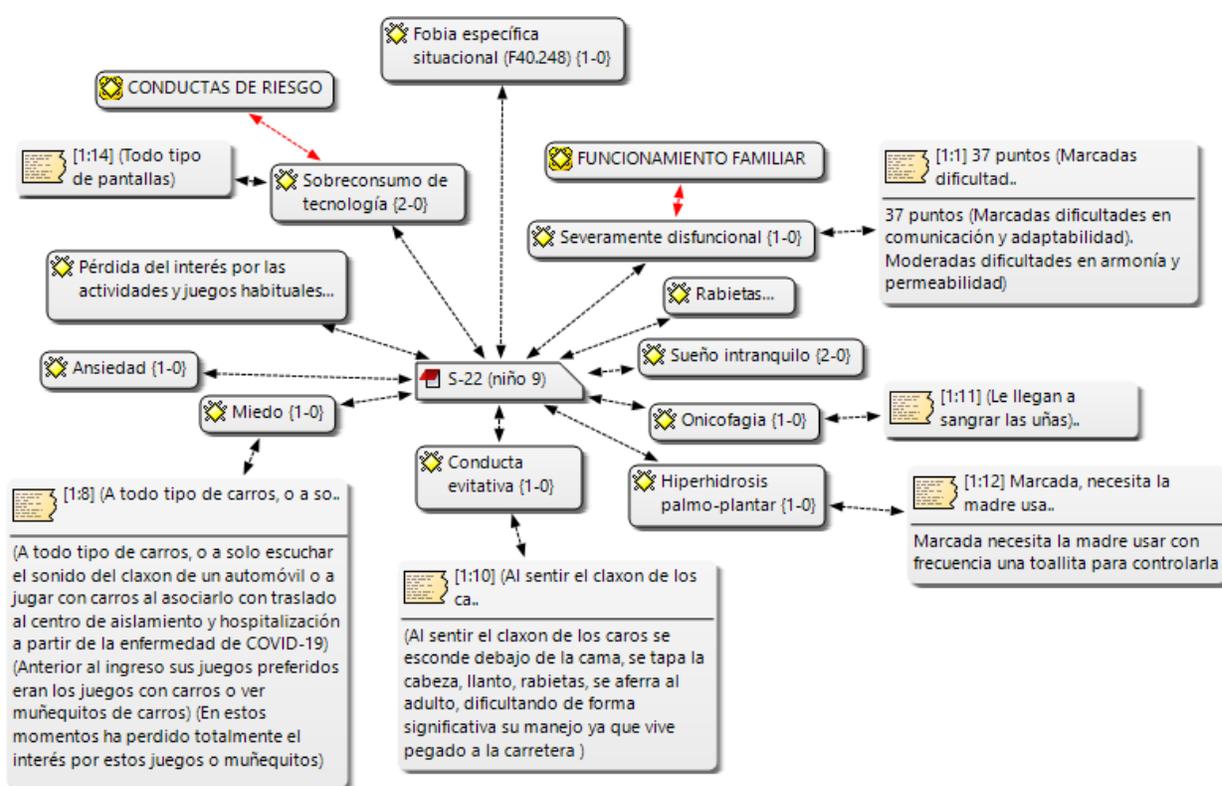


Figura 11. Hallazgos clínico-psicológicos encontrados en el sujeto 22 (niño 9). Elaboración de los autores, 2021

Casos sin diagnóstico de patologías psiquiátricas

El **sujeto 23** estudiado es un lactante masculino de 5 meses de nacido que integra una familia extensa formada, además, por la madre, el padre, abuelos y tío. La familia vive en una vivienda de buenas condiciones y reportó un ingreso inferior al salario medio. Es una familia moderadamente funcional. La cuidadora refirió sentirse bien como estado de salud y dedica al cuidado del niño todo el día, con él ve la televisión o juega. Tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales del niño, así como percepción de

necesidad de apoyo en las funciones de la familia, lo cual evidencia sobrecarga en el cumplimiento del rol materno. La figura 12 muestra las características de la familia.

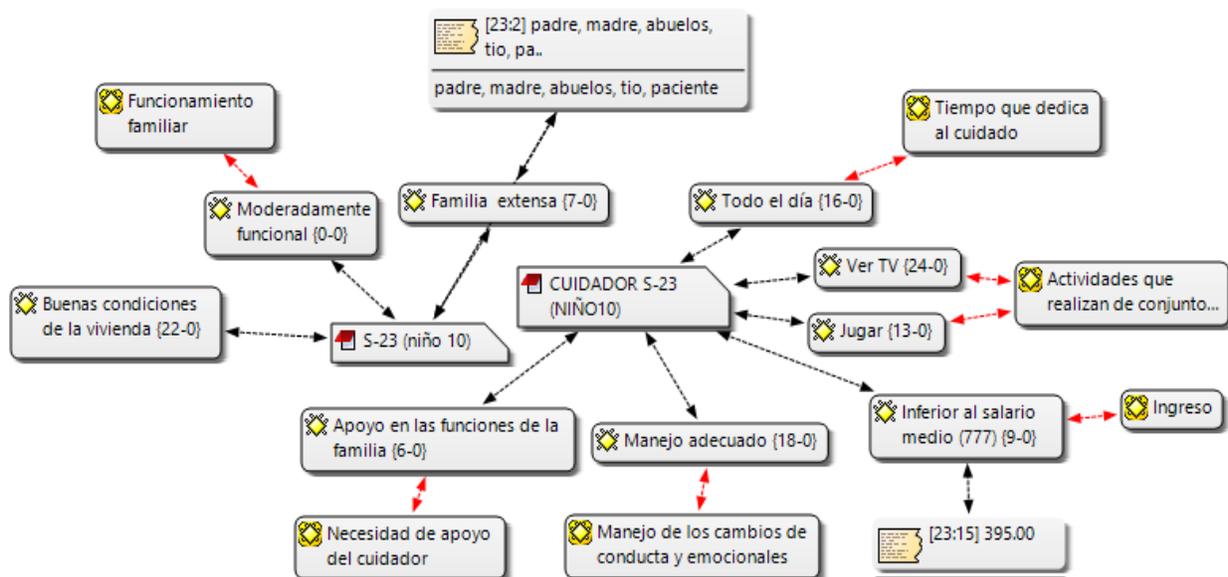


Figura 12. Familia y contexto de vida del sujeto 23 (niño 10). Elaboración de los autores, 2021

En el niño (figura 13) se apreció irritabilidad marcada diurna y nocturna asociada a insomnio, y rabietas frecuentes que se interpretaron como signos aislados de depresión del lactante. En el orden nosográfico no se constató ninguna patología psiquiátrica.

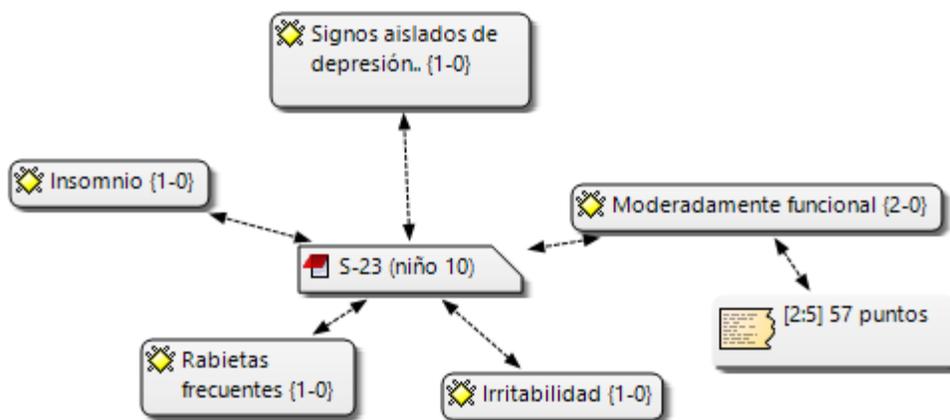


Figura 13. Hallazgos clínico-psicológicos encontrados en el sujeto 23 (niño 10). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 24** estudiado es un niño de sexo masculino de 1 año de edad que integra una familia extensa formada, además, por la madre, el padre, la abuela y el hermano. La familia vive en una vivienda de buenas condiciones y reportó un ingreso en el rango de 4 salarios medios. Es una familia moderadamente funcional, con dificultades en el cumplimiento de roles, armonía y comunicación.

La cuidadora refirió sentirse bien como estado de salud y dedica al cuidado del niño todo el día, con él ve la televisión o juega. Tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales del niño, así como la percepción de que no necesita apoyo. La figura 14 muestra las características de la familia.

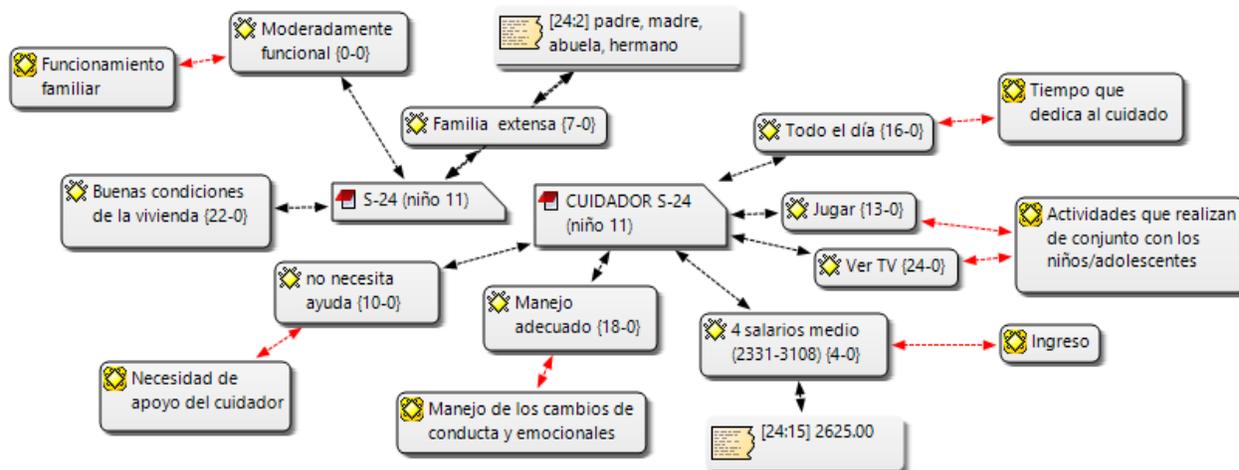


Figura 14. Familia y contexto de vida del sujeto 24 (niño 11). Elaboración de los autores, 2021

Se aprecia la presencia de sobreconsumo de tecnologías, exceso de apego al cuidador principal, y succión del pulgar posterior a enfermarse de la COVID-19. No se constató patología psiquiátrica en el menor (figura 15).

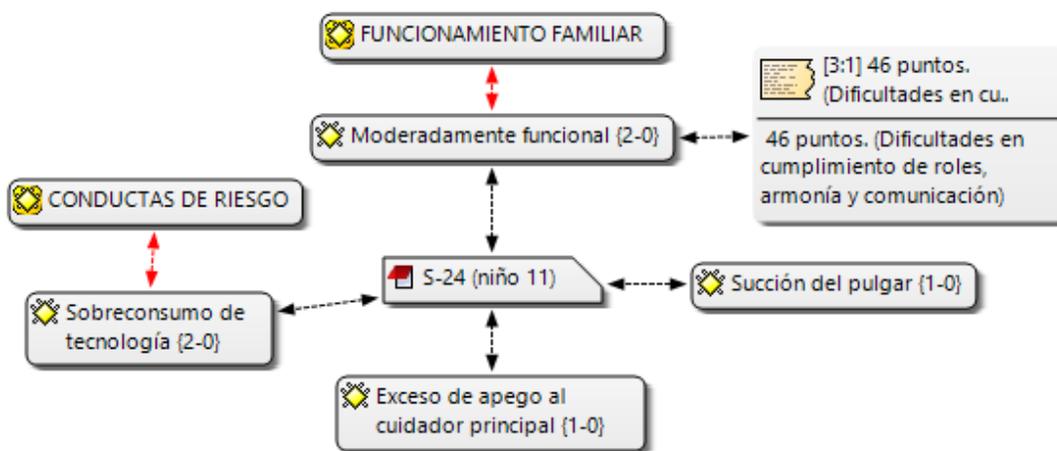


Figura 15. Hallazgos clínico-psicológicos encontrados en el sujeto 24 (niño 11). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 25** estudiado es un niño de sexo masculino de 3 años de edad que integra una familia reensamblada formada, además, por la madre y el padrastro. La familia vive en una vivienda de buenas condiciones y reportó un ingreso en el rango de 4 salarios medios. Es una familia disfuncional con dificultades en comunicación, cumplimiento de roles, permeabilidad y adaptabilidad.

Conclusiones del estudio del afrontamiento psicológico de niños de 5 meses-3 años de edad convalcientes a la COVID-19

1. En el afrontamiento psicológico a la COVID-19 los signos más frecuentes fueron el sobreconsumo de tecnología y sueño intranquilo.
2. El impacto psicológico vivido por los niños con respecto a la enfermedad COVID-19 se evidenció en el diagnóstico, en uno de ellos, de patología psiquiátrica, y en los demás, de signos clínico-psicológica.
3. Las cuatro familias son extensas o reensambladas y presentan niveles de funcionamiento disfuncional donde predominaron dificultades de comunicación y armonía.

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS PRESCOLARES Y ESCOLARES CONVALECIENTES A LA COVID-19

Hallazgos clínico-psicológicos en niños de 5-11 años de edad

Se manifestaron síntomas y signos clínico-psicológicos en los 8 niños de 5-11 años de edad que enfermaron de la COVID-19. Prevalció la afectación a las funciones afectivas, seguido de las conativas y las de relación (figura 18).

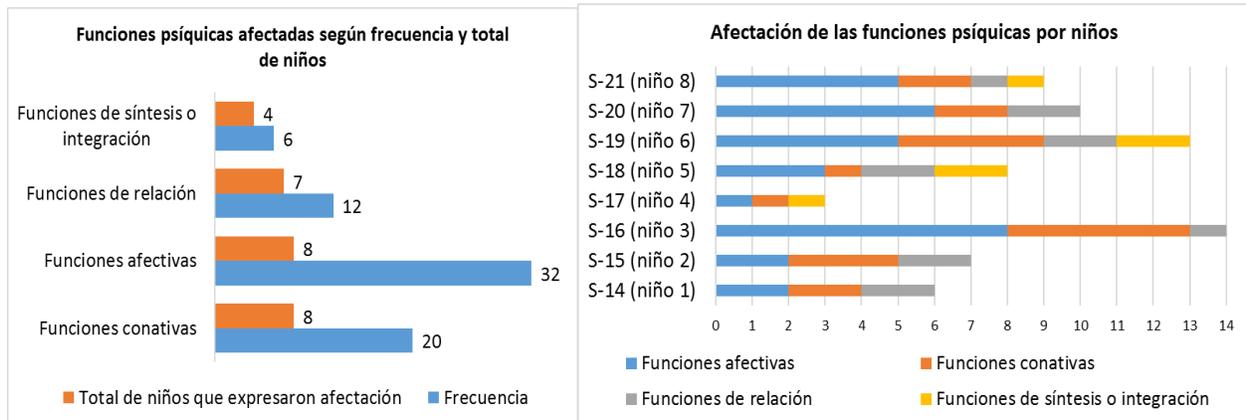


Figura 18. Afectación de las funciones psíquicas en niños. Elaboración de los autores, 2021

Atendiendo a la frecuencia de aparición y expresión por sujetos predominaron los signos y síntomas de ansiedad, miedo y tristeza, que se asocian a otros como irritabilidad, distractibilidad, pesadillas, hipercinesia, agresividad y exceso de apego al cuidador principal (figura 19).

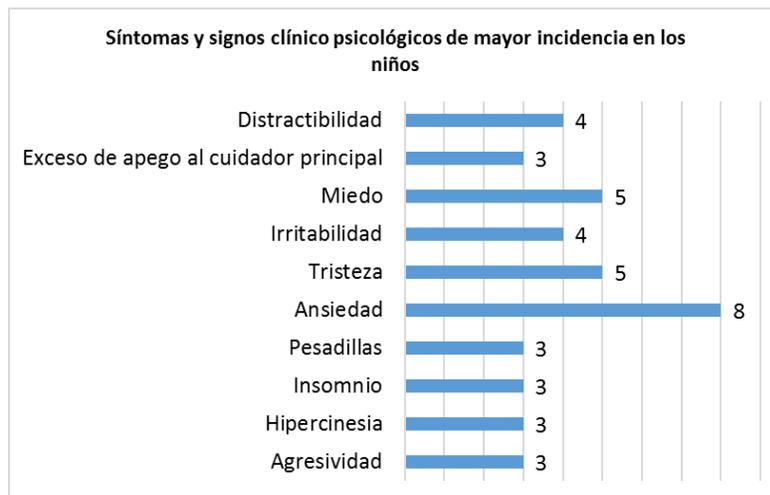


Figura 19. Signos y síntomas clínico-psicológicos más frecuentes en los niños estudiados. Elaboración de los autores, 2021

Al realizar el examen psiquiátrico dentro de las funciones de síntesis o integración se evidenciaron trastornos de atención en cuatro sujetos, y de memoria en dos de ellos. Se identificó distractibilidad como afectación de la atención activa expresada en la imposibilidad de mantener

la focalización de la conciencia durante la exploración. Se constataron trastornos de la memoria de fijación (hipomnesia de fijación), evidenciándose como disminución de la capacidad para la fijación a corto plazo durante el examen psiquiátrico (figura 20).

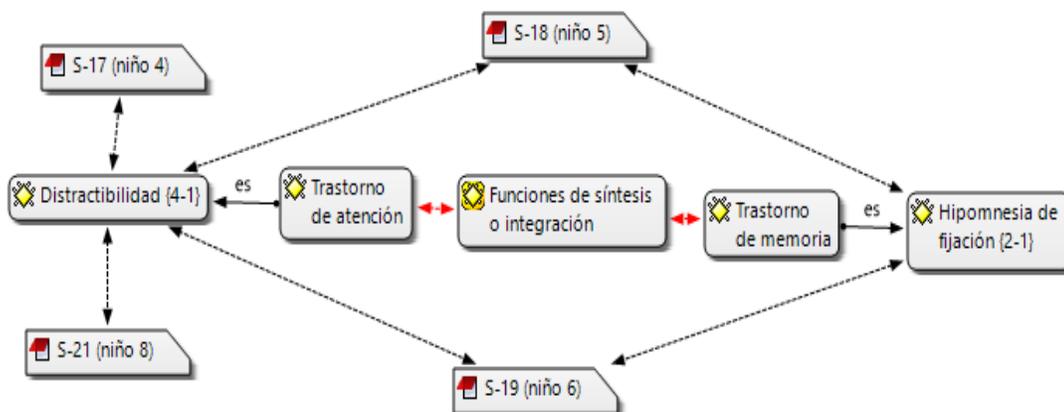


Figura 20. *Afectación de las funciones de síntesis o integración. Elaboración de los autores, 2021*

Con respecto a las funciones de relación se codificaron 9 signos y síntomas en 12 ocasiones en un total de 7 niños. Las principales afectaciones están vinculadas a las relaciones con los demás, observándose, en las relaciones interpersonales que establecían los sujetos explorados, exceso de apego al cuidador principal, preocupación excesiva por la salud de la familia, timidez, baja tolerancia a las frustraciones, voluntarismo, hostilidad, dependencia, percepción de rechazo social por la enfermedad y retraimiento. Dentro de las relaciones consigo mismo predominó la preocupación excesiva por la salud individual (figura 21).

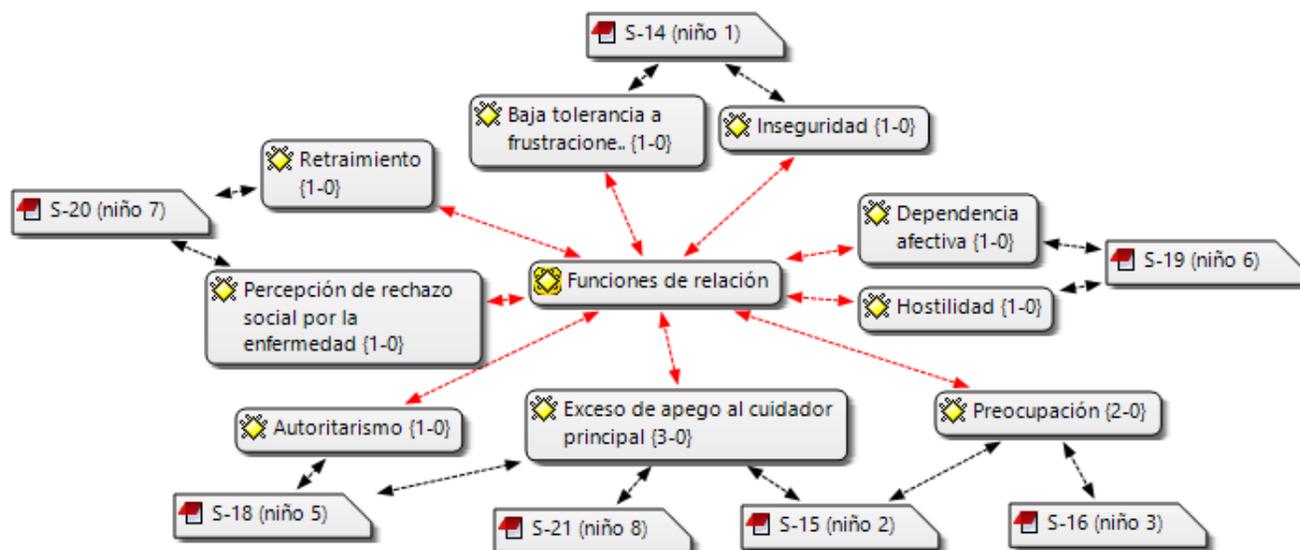


Figura 21. *Afectación de las funciones de relación. Elaboración de los autores, 2021*

Las funciones afectivas fueron las más afectadas, codificándose en los 8 niños alteraciones en estas funciones. El total de signos y síntomas develados fue de 10 en 33 ocasiones. Las principales alteraciones estuvieron vinculadas a síntomas cardinales como la ansiedad, el miedo y la tristeza. La ansiedad estuvo vinculada principalmente con la anticipación de una posible separación de las personas de mayor apego, sensación de malestar impreciso con desasosiego, aprensión y expectación de acontecimientos desagradables como la muerte, así como la presencia de síntomas vegetativos difusos como la onicofagia, el salto epigástrico y la hiperhidrosis palmo-plantar. Los miedos se expresaron con respecto a quedarse solos o estar fuera del hogar, separarse del cuidador, la muerte de familiares y la enfermedad COVID -19. La tristeza se asoció a otras manifestaciones depresivas frecuentes en la infancia como el llanto fácil, abatimiento, pesimismo, aburrimiento, desesperanza, irritabilidad, apatía y vacío emocional (figura 22).

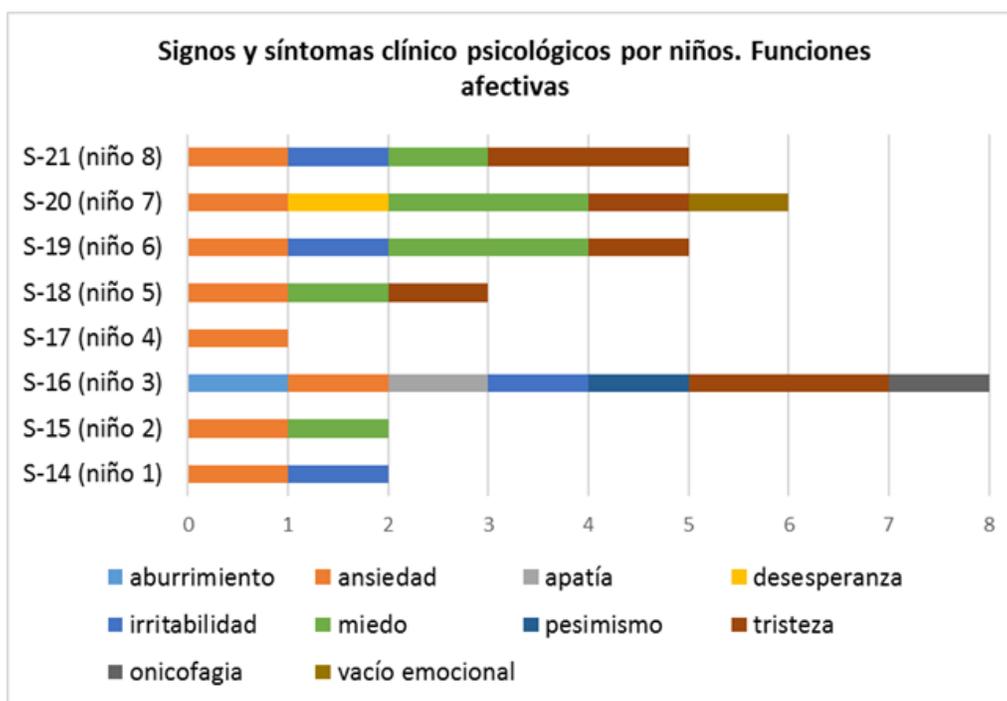


Figura 22. Signos y síntomas clínico-psicológicos de las funciones afectivas. Elaboración de los autores, 2021

Las alteraciones en las funciones conativas se codificaron en 20 ocasiones a través de 9 síntomas y signos clínico-psicológicos dentro de la conducta manifiesta o acción explícita de los ocho pacientes estudiados. Las principales alteraciones se asociaron a la actividad motora y a las necesidades de sueño y alimentación, emergiendo con una mayor frecuencia la hipercinesia, agresividad, el insomnio y las pesadillas (figura 23).

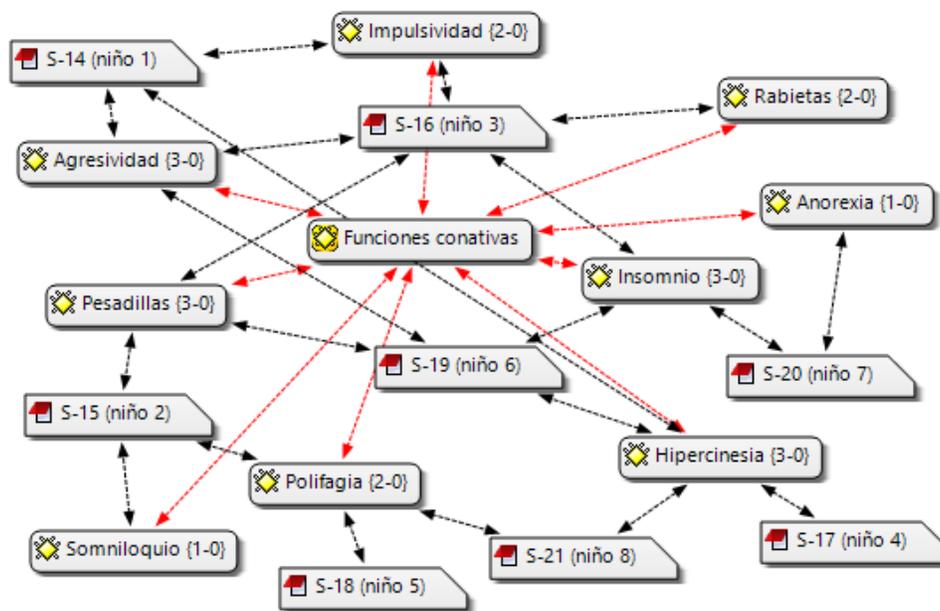


Figura 23. Signos y síntomas clínico-psicológicos de las funciones conativas. Elaboración de los autores, 2021

Necesidades, temores y malestares

La configuración subjetiva de las necesidades, malestares y temores de la rehabilitación en contextos de vida cotidiana se construyeron a partir de los deseos, miedos y molestias que los niños expresaron. Esta organización parcial de sentido subjetivo fue codificada en 69 ocasiones en todos los niños, y contiene los aspectos simbólicos y emocionales producidos como parte de su inserción social.

Este es un afrontamiento que aparece en el plano subjetivo, principalmente a través del miedo a situaciones en las que pelagra la integridad propia o de la familia, malestares en el sistema de relaciones con los adultos, y preocupación por la salud propia o de las personas de mayor apego. Los principales deseos se expresaron en torno a proyectos personales y la preservación de la salud (figura 24).

Fueron codificadas un total de 15 necesidades en los 23 deseos, 13 temores y preocupaciones por las consecuencias de la enfermedad en los 24 miedos y 12 malestares en la cotidianidad de las nuevas condiciones de vida en las 22 preocupaciones. A partir de la selección de las necesidades, miedos y malestares de mayor frecuencia y menor orden de evocación, se identificaron los elementos centrales y periféricos configurados en el afrontamiento (figura 25).

El miedo a enfermarse de la COVID-19 se conecta con el deseo de fin de la pandemia, y se acompaña de malestares provocados por la relación con los adultos a través de agresiones físicas, verbales e invasiones a la privacidad. Otros aspectos que configuran este núcleo representacional son los deseos vinculados con el juego, concretados en jugar con amigos y

recibir juguetes, el miedo a estar solo y los malestares provocados por agresiones verbales, prohibiciones y rechazo de otros niños.

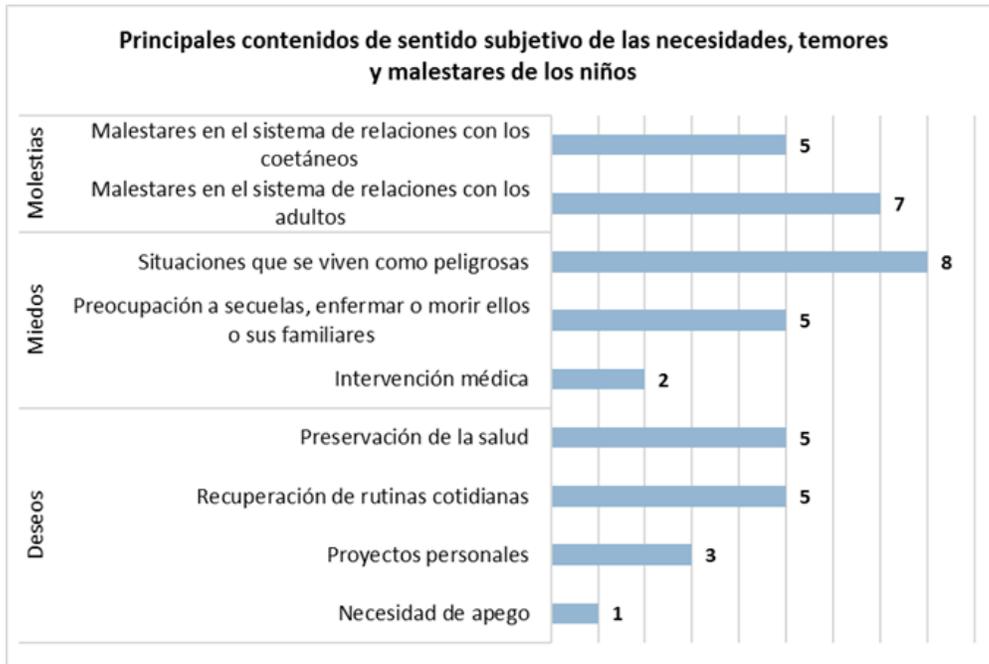


Figura 24. Necesidades, temores y malestares. Elaboración de los autores, 2021

Es una experiencia, además, que conecta los deseos de los niños con proyectos profesionales y familiares, con miedo a la muerte de personas de mayor apego y con el malestar de estar confinados en casa.

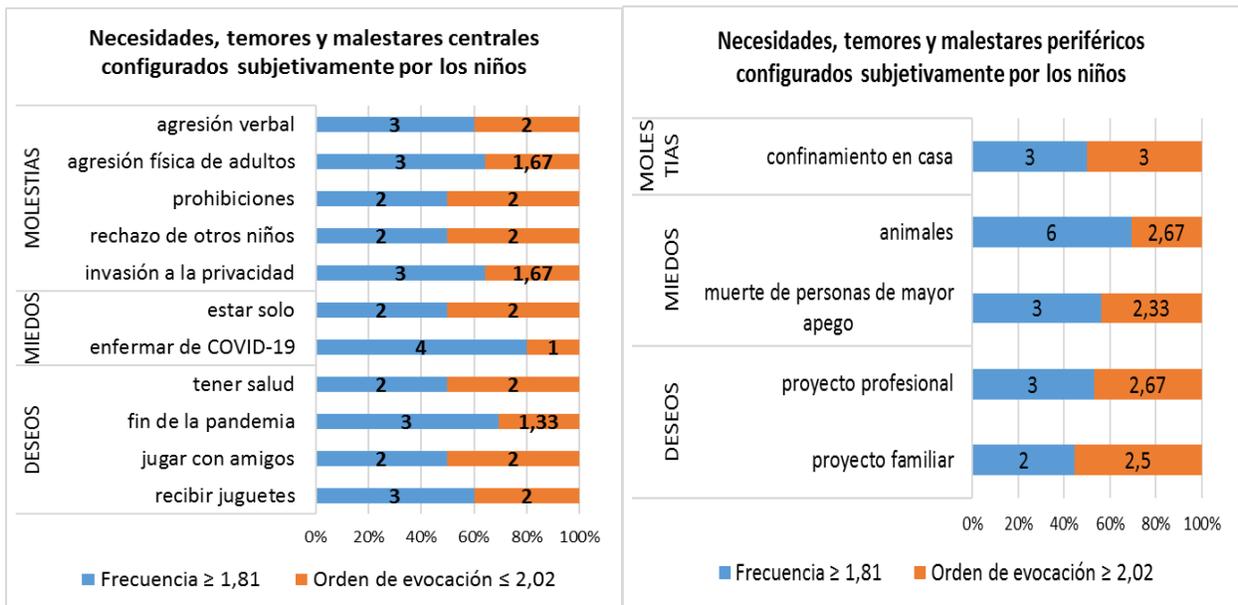


Figura 25. Necesidades, temores y malestares configurados en los niños. Elaboración de los autores, 2021

Familia: tipología, funcionalidad y actividad de cuidado

Predominan las familias extensas, las que son disfuncionales o moderadamente funcionales. Las familias nucleares y las reensambladas son funcionales, mientras las extensa compuesta y monoparental son disfuncionales.

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones internas, a partir de la percepción de uno de sus miembros, evidenció dificultades en cuatro de las familias consideradas con un funcionamiento disfuncional. Las dificultades en la comunicación y la adaptabilidad se expresaron en estas familias como elementos que condicionan el ajuste al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes, seguido de la afectividad en dos familias, lo cual explica la falta de expresión de afecto existente entre sus miembros (figura 26).

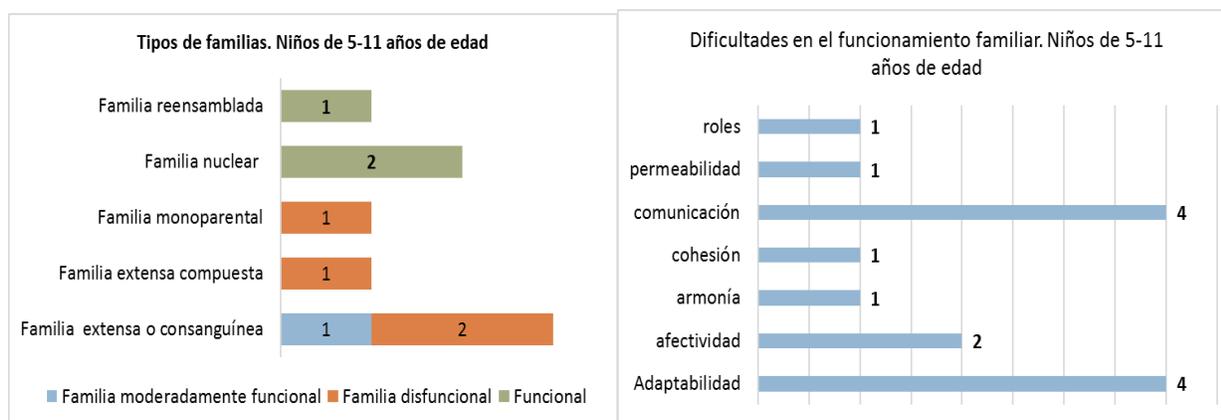


Figura 26. Familias: tipos y funcionalidad. Elaboración de los autores, 2021

Los cuidadores principales de todos los niños de 5-11 años de edad son la madre; mujeres que predominantemente refieren sentirse bien como estado de salud y que se dedican al cuidado del niño todo el día, o después de la jornada laboral. Con ellos ven la televisión, juegan o realizan actividades domésticas.

Son madres que tienen la certeza de que manejan adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de los niños, aunque dos de ellas sienten temor al hacerlo y una madre expresó miedo como estado de salud personal. Las preocupaciones de las cuidadoras están principalmente referidas a la salud psicológica de los niños (ansiedad, berrinches, insomnio) y la educación (aprendizaje). El apoyo psicológico constituye la principal necesidad de ayuda demandada, a la que se unen necesidades de apoyo en las funciones familiares y en las actividades de enseñanza a sus hijos.

En general, son familias de bajos ingresos que viven en viviendas con buenas o regulares condiciones, y predominan los hijos que duermen en habitación independiente.

Estudio de casos de los niños de 5-11 años de edad convalecientes a la COVID-19

Del análisis realizado al afrontamiento de los niños con respecto a la enfermedad COVID-19, el cual siguió los criterios establecidos por la American Psychiatric Association (2013) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* en su quinta edición (DSM-5), se diagnosticaron en 7 de ellos patologías psiquiátricas y en 1 síntomas de ansiedad aislada a partir del ingreso hospitalario. Predominan los trastornos de adaptación presentes en cuatro niños (trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido presente en dos niños, trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido en un niño, y trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y conducta también en un niño). Asimismo, los trastornos de ansiedad de separación se diagnosticaron en tres niños (figura 27).

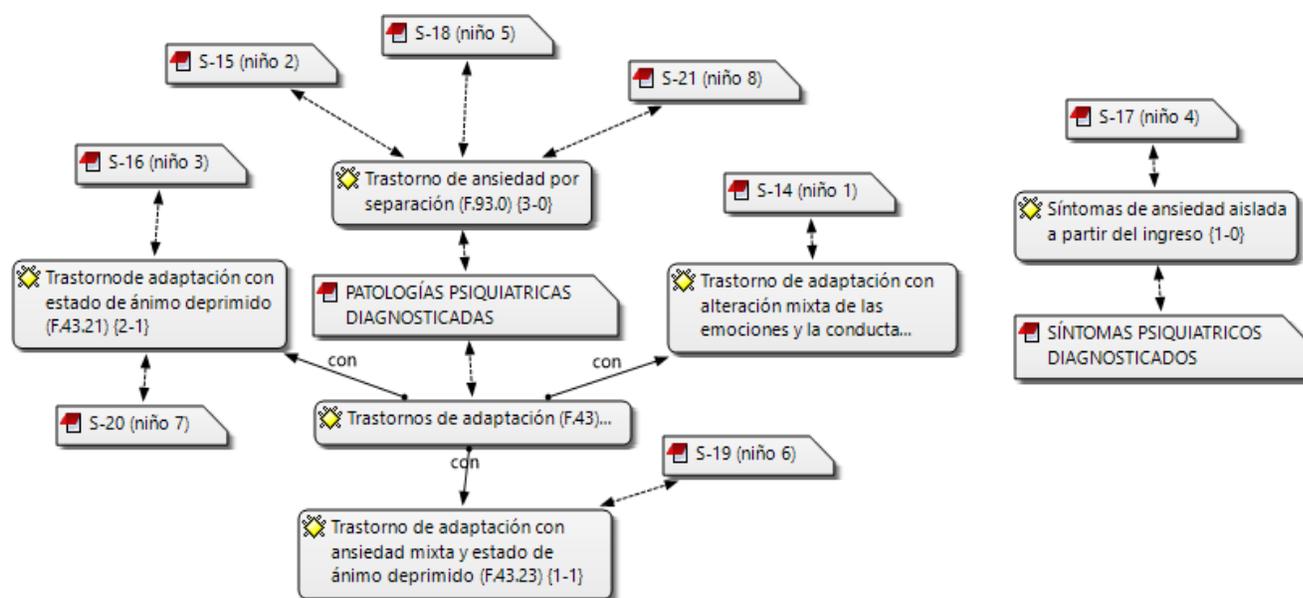


Figura 27. Patologías psiquiátricas diagnosticadas en los niños. Elaboración de los autores, 2021

Casos diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación (F.93.0)

El **sujeto 15** estudiado es una escolar de 7 años de edad que integra una familia extensa formada, además, por la madre, abuelos y hermano. Es una familia disfuncional, con dificultades en la comunicación, la expresión de afecto y la adaptabilidad; de ingresos medios-altos que vive en una vivienda de buenas condiciones.

La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud y que dedica al cuidado de la niña el tiempo posterior a la jornada laboral. Comparten ver la televisión o realizan actividades domésticas. Es una madre que tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hija. Su principal preocupación la constituyen los *berrinches* de la niña, ante lo cual demanda apoyo psicológico. La figura 28 evidencia características de la familia y el contexto de vida del sujeto.

berrinches y perretas) de difícil control cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, constatándose una duración de 2 meses en la paciente en el momento de la evaluación. Estas manifestaciones le generan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo individual, social y académico, y no se explican mejor por otro trastorno mental. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de ansiedad por separación (F.93.0)

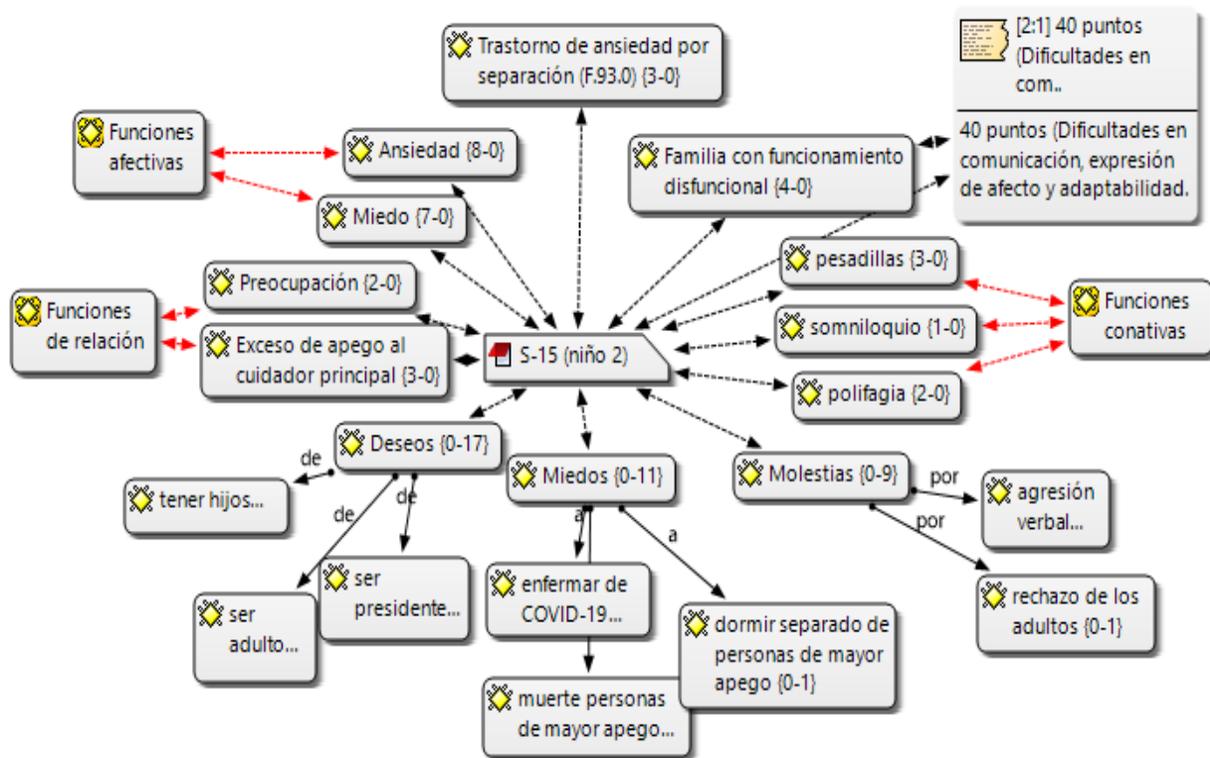


Figura 29. Configuración subjetiva del trastorno de ansiedad por separación diagnosticado en el sujeto 15 (niño 2). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 18** estudiado (figura 30) es un escolar masculino de 6 años de edad que integra una familia nuclear formada, además, por el padre, la madre y el hermano. Es una familia funcional de bajos ingresos que vive en una vivienda de buenas condiciones donde el niño duerme en habitación independiente.

La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud y que dedica al cuidado del niño el tiempo posterior a la jornada laboral, con quien comparte ver la televisión o realizar actividades domésticas. Es una madre que tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hijo.

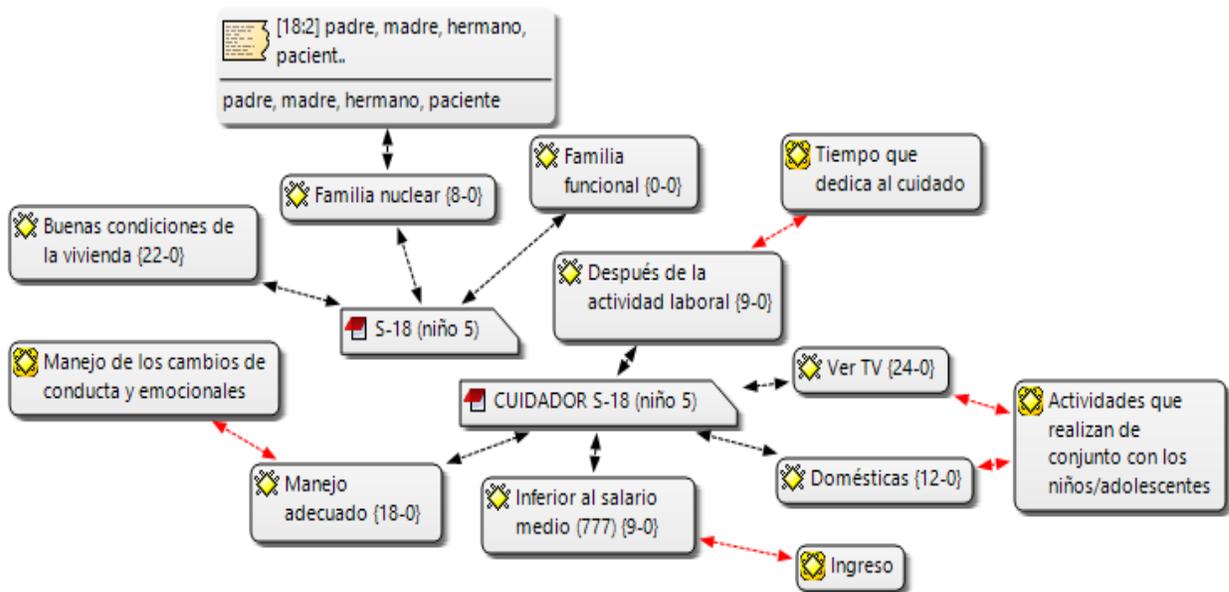


Figura 30. Familia y contexto de vida del sujeto 18 (niño 5). Elaboración de los autores, 2021

Los deseos del niño reflejan la necesidad de recuperar rutinas (recibir juguetes, jugar con amigos) y preservar la salud (vacunarse); los miedos evidencian los temores a la separación de las personas de mayor apego y a situaciones que se consideran peligrosas (ser asustado y la oscuridad). Es un niño que expresa malestares por la agresión física de los adultos y el confinamiento en casa.

En el afrontamiento psicológico del niño a la enfermedad COVID-19 (figura 31) se aprecian alteraciones que involucran miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo, concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, en este caso de su madre (cuidador principal y figura significativa para el paciente); así como malestar excesivo y recurrente por la vivencia de separación del hogar. Asimismo, se constató miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin la madre, en casa o en otros lugares, y preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (contagio por la COVID-19, secuela o muerte a partir de la enfermedad) cause la separación de su cuidador principal, observándose un apego excesivo a esta con una duración persistente mínimo de 4 semanas en el niño.

Hay presencia de ansiedad y miedo excesivo y persistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa. La alteración causa malestar clínicamente significativo que se expresa a través de hipomnesia de fijación, distractibilidad, exceso de apego al cuidador principal, ansiedad, tristeza, miedo y polifagia, afectando su desempeño a varias áreas del desarrollo, individual, social, escolar, y no se explica mejor por otro trastorno mental. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de ansiedad por separación (F.93.0).

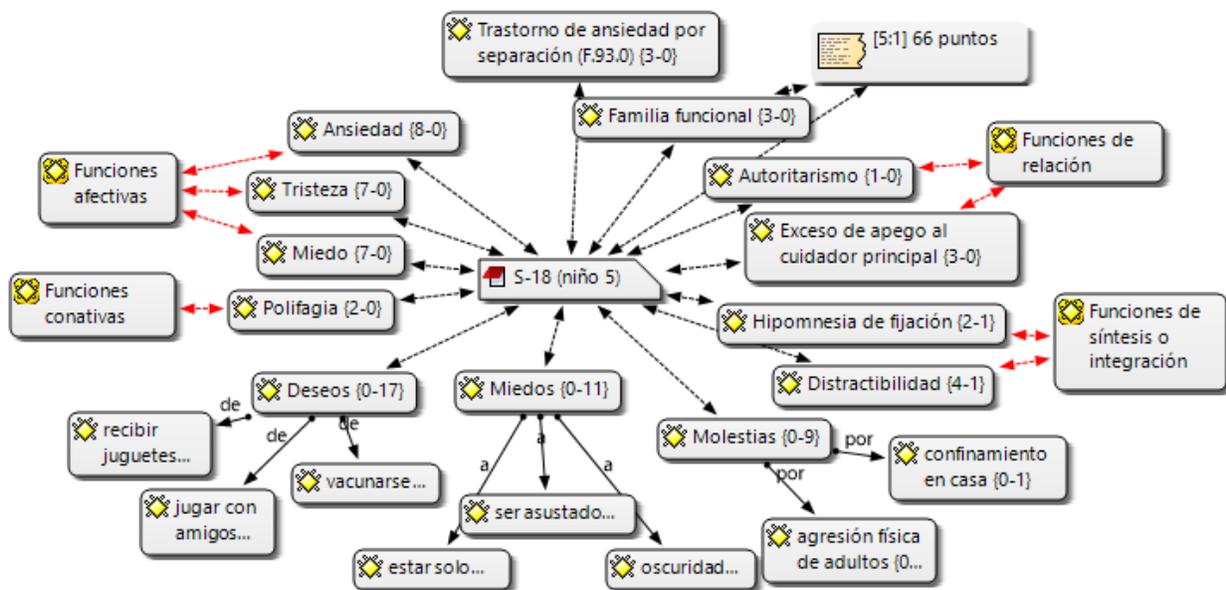


Figura 31. Configuración subjetiva del trastorno de ansiedad por separación diagnosticado en el sujeto 18 (niño 5). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 21** estudiado (figura 32) es una preescolar femenina de 5 años de edad que integra una familia extensa formada, además, por el padre, la madre y la abuela. Es una familia disfuncional, con dificultades en la comunicación, la armonía, la cohesión y la adaptabilidad. Vive en una vivienda de buenas condiciones donde la niña duerme en habitación independiente. Se declaran como familia de altos ingresos. La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud, y que dedica al cuidado de la niña todo el día. Comparten ver la televisión o realizan actividades domésticas. Es una madre que tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hija. Su principal preocupación es la ansiedad de la niña, ante lo cual demanda apoyo psicológico.

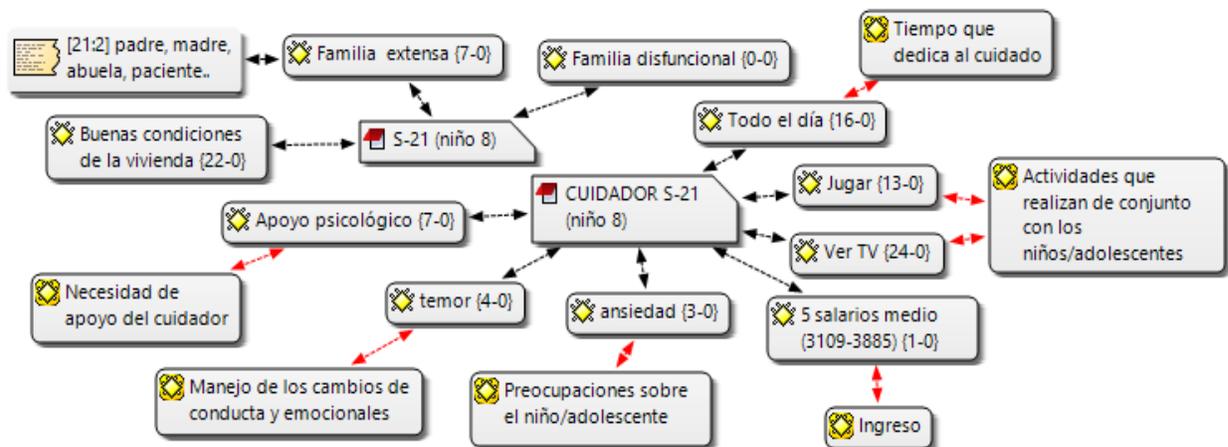


Figura 32. Familia y contexto de vida del sujeto 21 (niño 8). Elaboración de los autores, 2021

Es una niña que desea recuperar rutinas (recibir juguetes, jugar con amigos, salir de casa), teme a los procesos de intervención médica (inyecciones), la separación de familiares (no ver más al papá), y a los animales; a su vez vive como malestar el confinamiento en casa.

En el afrontamiento psicológico de la niña a la enfermedad COVID-19 (figura 33), se observan alteraciones que involucran miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para su nivel de desarrollo, concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, en este caso de su madre. Síntomas que se manifiestan como malestar excesivo y recurrente cuando se prevé, anticipa o vivencia la separación del hogar o de la figura de mayor apego, apareciendo llanto fácil y perretas.

Hay presencia de ansiedad y miedo excesivo y persistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa y resistencia o rechazo a salir lejos de casa, al círculo infantil u otro lugar por miedo a la separación.

La alteración causa malestar clínicamente significativo en varias áreas del desarrollo (individual, social, escolar) que se expresa a través de presencia de distractibilidad, exceso de apego al cuidador principal, ansiedad, tristeza, miedo, irritabilidad, hipercinesia, perretas y polifagia; lo cual ha limitado la socialización de la niña, de forma persistente en el tiempo por más de 4 semanas. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de ansiedad por separación (F.93.0), considerando, además, que no es posible explicar mejor los hallazgos clínico-psicológicos por otro trastorno codificable por DSM-5.

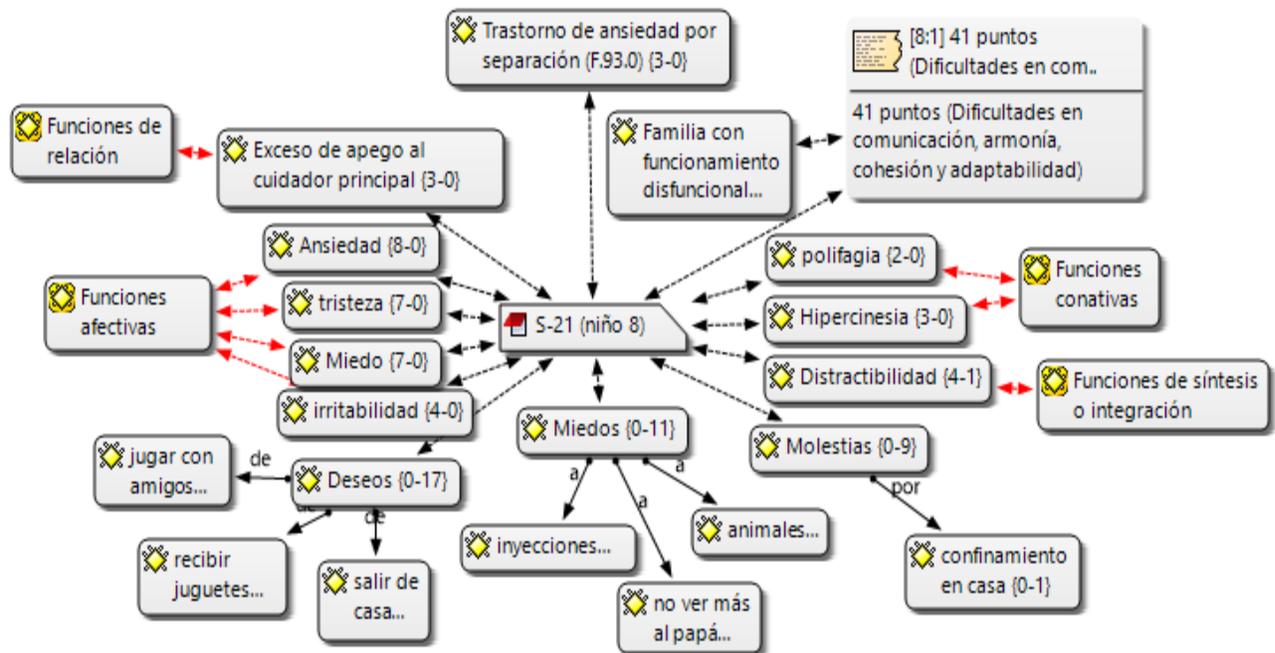


Figura 33. Configuración subjetiva del trastorno de ansiedad de separación diagnosticado en el sujeto 21 (niño 8). Elaboración de los autores, 2021

Casos diagnosticados con trastornos de adaptación (F.43)

Casos diagnosticados con trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)

El **sujeto 16** estudiado es una escolar de 10 años de edad que integra una familia monoparental junto a su madre. Es una familia de bajos ingresos, disfuncional, con dificultades en la comunicación, la adaptabilidad, el cumplimiento de roles y la permeabilidad. Vive en una vivienda de regulares condiciones donde la niña duerme en habitación con su madre, aunque en cama independiente.

La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud y que dedica al cuidado de la niña todo el día. Comparte con su hija ver la televisión. Refirió el insomnio como síntoma de desajuste en la conducta del niño, y siente temor ante el reto de manejar adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de la niña. Demandó apoyo psicológico como respuesta a sus preocupaciones. La figura 34 evidencia características de la familia y el contexto de vida del sujeto.

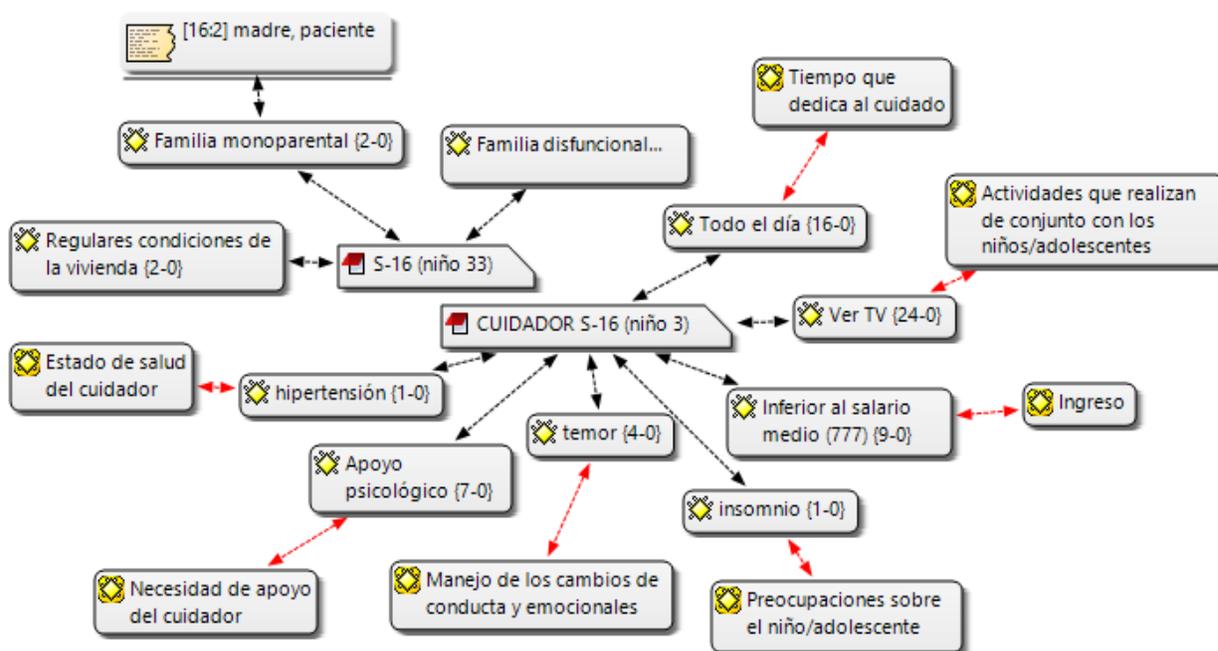


Figura 34. Familia y contexto de vida del sujeto 16 (niño 3). Elaboración de los autores, 2021

Los deseos de la niña aluden a viajar al extranjero, comienzo del curso escolar y tener salud. En los miedos se refiere a enfermarse de la COVID-19 y a los animales. En las molestias se precisa la obligación a ingerir alimentos no preferidos, que le hagan cosas malas y a los resultados insatisfactorios en la escuela.

En el afrontamiento que tiene la niña con respecto a la enfermedad COVID-19 (figura 35) se aprecian alteraciones asociadas a síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al

proceso de haber enfermado de COVID-19, las cuales se han producido en los tres meses siguientes al contagio.

Predominan en la niña estado de ánimo bajo y ganas de llorar. Al examen psiquiátrico se constató en la niña facie de displacer cuando se abordó el tema de la COVID-19 y sus secuelas asociado a síntomas y signos clínico-psicológicos como preocupación, apatía, ansiedad, irritabilidad, tristeza, aburrimiento, pesimismo, agresividad, rabietas, impulsividad, onicofagia, insomnio y pesadillas que son clínicamente significativos y ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado con respecto a la gravedad o intensidad del factor estresante, y deterioro significativo en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Se considera, además, que los síntomas no representan el duelo normal, no cumplen los criterios para otro trastorno mental, y al aparecer después del contagio con la enfermedad de COVID-19, tras un periodo premórbido sin alteraciones, no se explican por la exacerbación de un trastorno mental preexistente. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21).

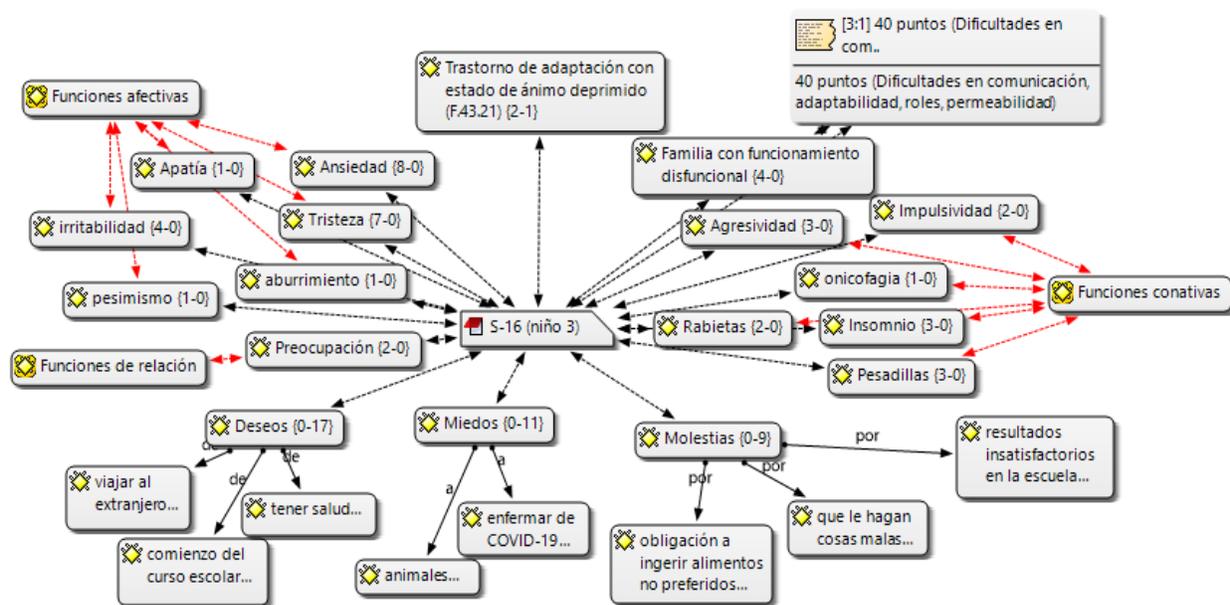


Figura 35. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido diagnosticado en el sujeto 16 (niño 3). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 20** estudiado es un escolar masculino de 11 años de edad que integra una familia reensamblada junto a su madre y padrastro. Es una familia de bajos ingresos, funcional. Vive en una vivienda de buenas condiciones donde el niño duerme en habitación independiente.

La cuidadora expresó que se dedica al cuidado del niño todo el día. Comparte con su hijo ver la televisión y jugar. Refirió ansiedad y secuelas como síntoma de desajuste en la conducta del niño, y siente miedo ante el reto de manejar adecuadamente las reacciones emocionales y

conductuales del niño. Reconoció necesidad de apoyo psicológico. La figura 36 evidencia características de la familia y el contexto de vida del sujeto.

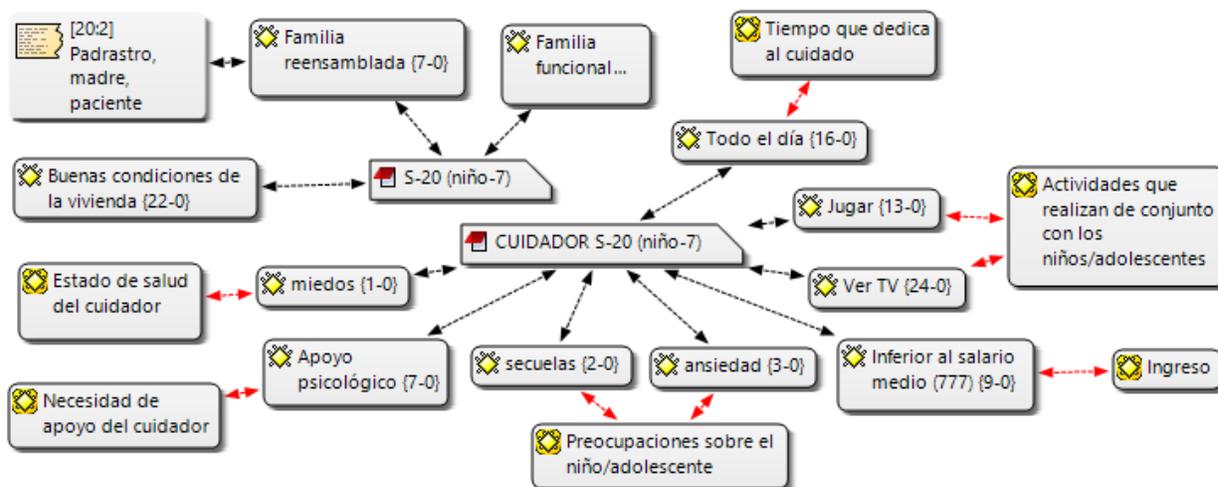


Figura 36. Familia y contexto de vida del sujeto 20 (niño-7). Elaboración de los autores, 2021

Es un niño con necesidades de preservar la salud (fin de la pandemia, no usar nasobuco); teme a la hospitalización y a la muerte de personas de mayor apego, y vive como malestar el confinamiento en casa.

En el afrontamiento psicológico del niño a la enfermedad COVID-19 (figura 37), se aprecian alteraciones asociadas a síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al proceso de haber enfermado de COVID-19, y que se producen en los tres meses siguientes al contagio.

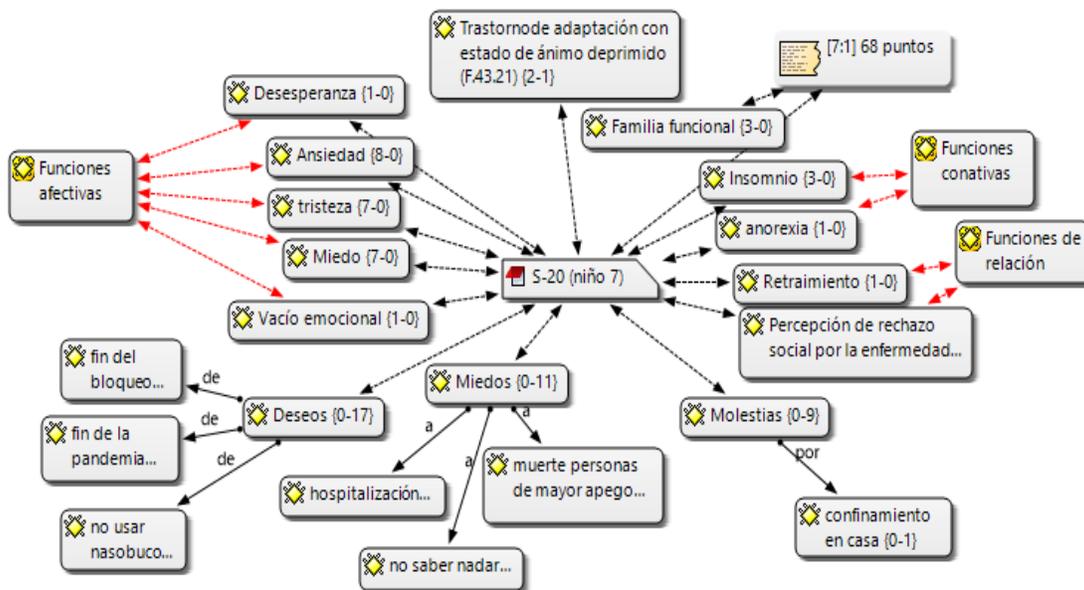


Figura 37. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido diagnosticado en el sujeto 20 (niño 7). Elaboración de los autores, 2021

Predominan en el niño estado de ánimo bajo y ganas de llorar. Los síntomas de retraimiento, percepción de rechazo social por la enfermedad, desesperanza, ansiedad, tristeza, miedo y vacío emocional, así como el insomnio y la anorexia son clínicamente significativos y ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado con respecto a la gravedad o intensidad del factor estresante, y deterioro significativo en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento.

Se considera, además, que los síntomas no representan el duelo normal, no cumplen los criterios para otro trastorno mental, y no se explican por la exacerbación de un trastorno mental preexistente. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21).

Caso diagnosticado con trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25)

El **sujeto 14** estudiado es un escolar masculino de 7 años que integra una familia extensa formada, además, por la madre, el padre, abuelos y tío. Es una familia moderadamente funcional, de bajos ingresos, que vive en una vivienda de buenas condiciones donde el niño duerme en habitación independiente.

La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud y que dedica al cuidado de la niña el tiempo posterior a la jornada laboral. Comparten ver la televisión o realizan actividades domésticas. Es una madre que tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hijo. Demandó apoyo en las funciones de la familia. La figura 38 evidencia características de la familia y el contexto de vida del sujeto.

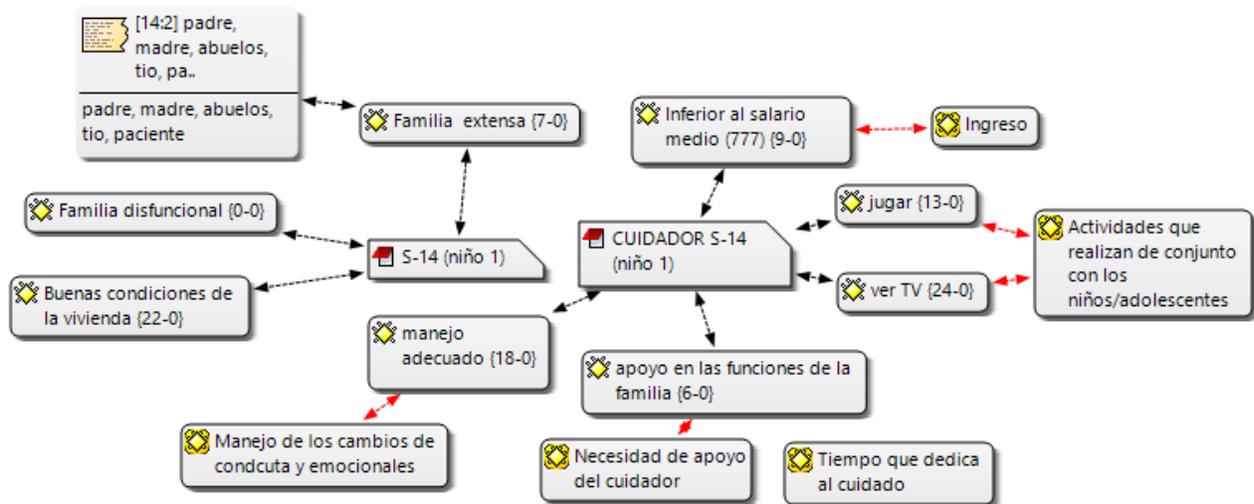


Figura 38. Familia y contexto de vida del sujeto 14 (niño 1). Elaboración de los autores, 2021

Las necesidades del niño contienen el deseo de recuperar rutinas (recibir juguetes) y proyectos personales (tener hijos y ser deportista). Sus miedos se refieren a procedimientos médicos (inyecciones), y situaciones que se viven como peligrosas (oscuridad y animales). En la actual situación vive como malestar el rechazo de otros niños y la agresión verbal.

En el afrontamiento psicológico del niño a la enfermedad COVID-19 (figura 39), se aprecian alteraciones asociadas a síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al proceso de haber enfermado de COVID-19, y que se producen en los tres meses siguientes al contagio como factor causante del estrés. Predominan en el niño síntomas emocionales como ansiedad e irritabilidad, y alteraciones en la conducta como hipercinesia a través de agresividad e impulsividad, que a su vez traducen ansiedad y depresión en la infancia. Otros síntomas como inseguridad y baja tolerancia a las frustraciones integran el cuadro. Todos estos síntomas y signos ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado con respecto a la gravedad o intensidad del factor estresante y deterioro significativo en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Se considera, además, que los síntomas no representan el duelo normal, no cumplen los criterios para otro trastorno mental, y no se explican por la exacerbación de un trastorno mental preexistente. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta (F.43.25).

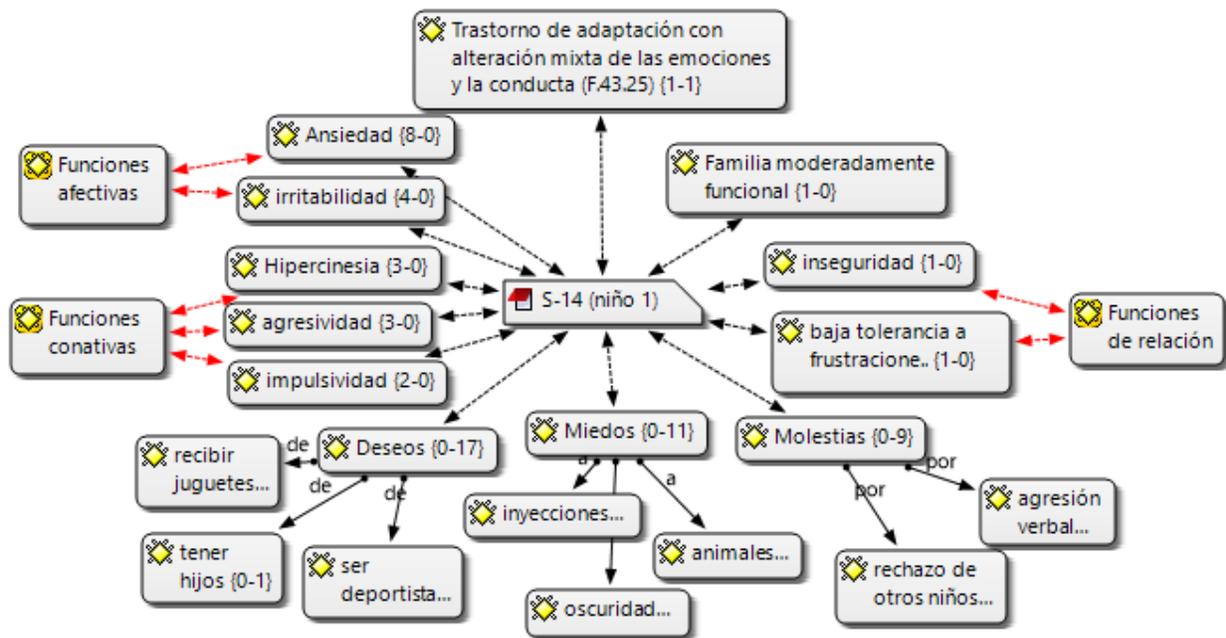


Figura 39. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta diagnosticado en el sujeto 14 (niño 1). Elaboración de los autores, 2021

Caso diagnosticado con trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23)

El **sujeto 19** estudiado es un escolar masculino de 7 años de edad que integra una familia nuclear formada, además, por la madre, el padre y el hermano. Es una familia funcional de ingresos medio-alto que vive en una vivienda de buenas condiciones donde el niño duerme en habitación independiente.

La cuidadora expresó que dedica al cuidado del niño todo el día. Reportó el juego y ver la televisión como actividades que comparten. Su preocupación principal es el aprendizaje del niño, y solicita apoyo para guiar su estudio. Es una madre que considera manejar adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hijo. La figura 40 evidencia características de la familia y el contexto de vida del sujeto.

El niño proyecta sus deseos con la necesidad de preservación de la salud (fin de la pandemia, fin de pérdidas familiares por muerte). Es un niño con miedo a la hospitalización, a la separación y la muerte de personas de mayor apego. Sus malestares se concentran en las relaciones con los adultos por prohibiciones y violencia física.

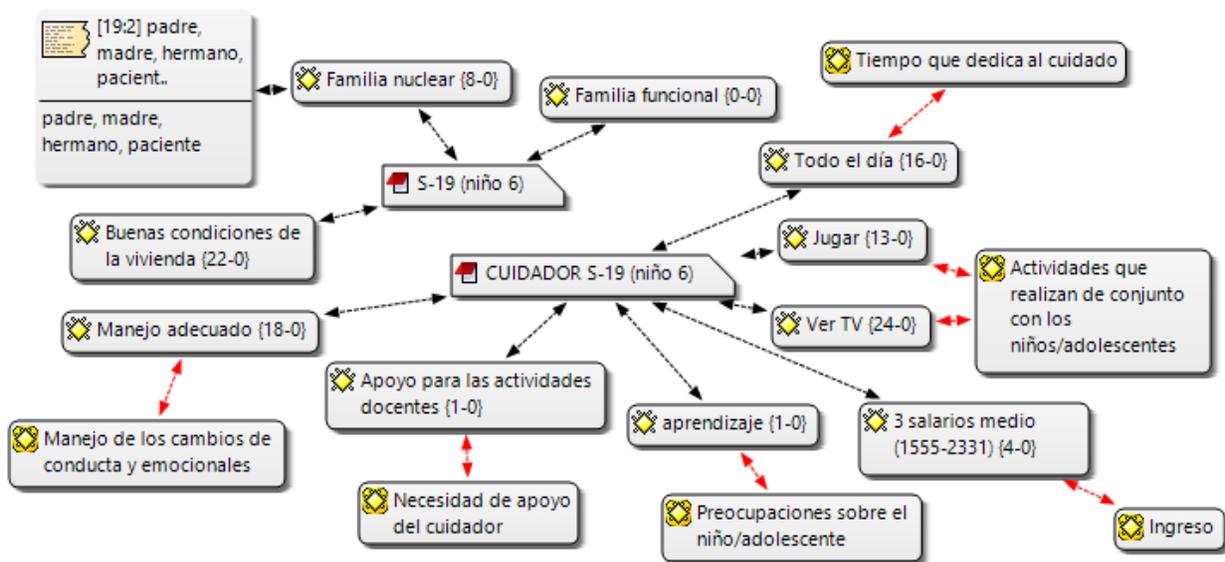


Figura 40. Familia y contexto de vida del sujeto 14 (niño 1). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del niño a la enfermedad COVID-19 (figura 41), se aprecian alteraciones asociadas a síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al proceso de haber enfermado de COVID-19, y que se producen en los tres meses siguientes al contagio con la enfermedad. Predominan en el niño una combinación de depresión y ansiedad. Los síntomas de ansiedad, miedo, tristeza e irritabilidad asociados a distractibilidad, hipomnesia de fijación, hostilidad, dependencia afectiva, hipercinesia, agresividad, insomnio y pesadillas son clínicamente significativos y ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado con

respecto a la gravedad o intensidad del factor estresante, y deterioro significativo en lo individual, social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido (F.43.23).

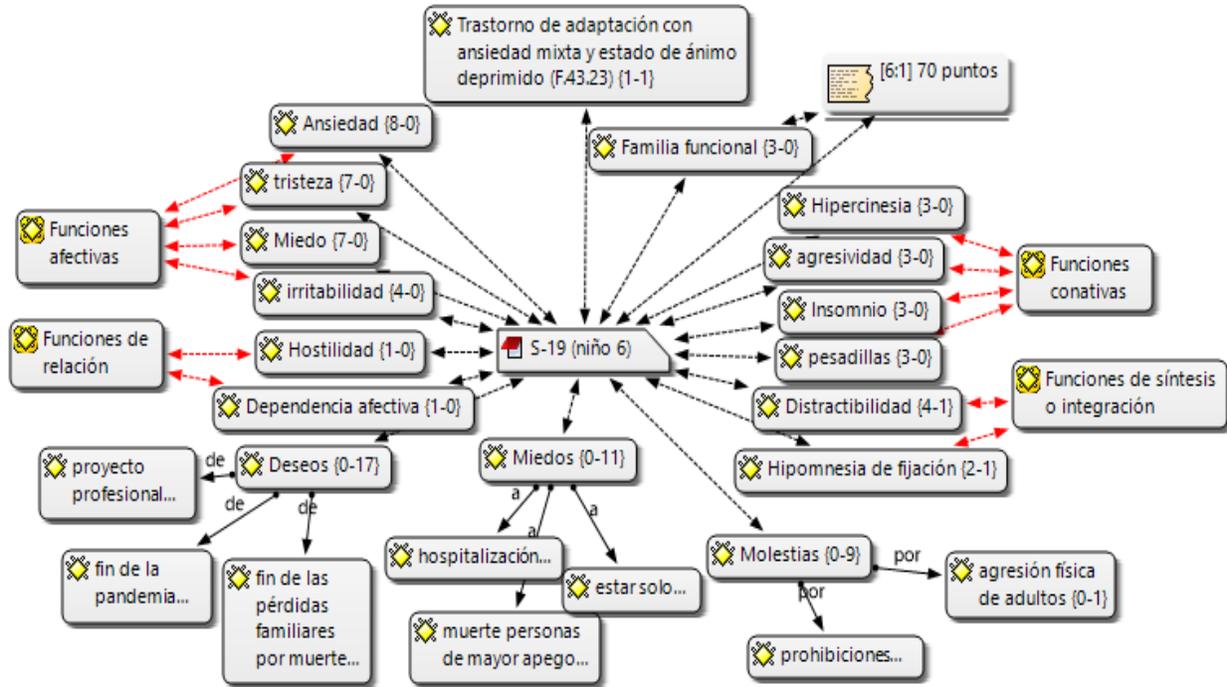


Figura 41. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido diagnosticado en el sujeto 19 (niño 6). Elaboración de los autores, 2021

Caso diagnosticado con síntomas de ansiedad aislada a partir del ingreso

El **sujeto 17** es una escolar del sexo femenino de 11 años de edad que integra una familia extensa compuesta, además, por padrastro, madre, abuela del padrastro y hermana. Es una familia disfuncional con dificultades en la comunicación, la expresión de afecto y la adaptabilidad. Vive en una vivienda de regulares condiciones donde el niño duerme en la sala. Es una familia de bajos ingresos.

La cuidadora principal refirió sentirse bien como estado de salud, y que dedica al cuidado de la niña el tiempo posterior a la jornada laboral. Comparten ver la televisión o realizar actividades domésticas. Es una madre que tiene la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de su hijo. La figura 42 evidencia características de la familia y la actividad de cuidado.

La niña expresó necesidades de apego a su familia y de deseos de preservación de la salud (fin de la pandemia y tener salud). Sus miedos se conectan con estas necesidades y develan el temor a enfermarse de la COVID-19 y a los animales. No precisó molestias.

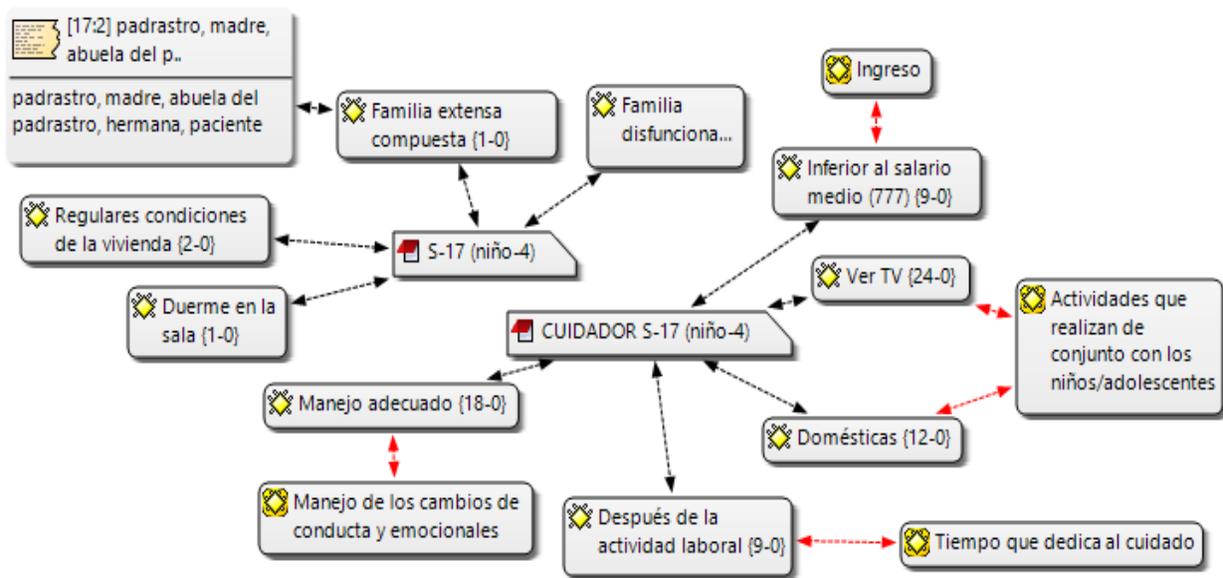


Figura 42. Familia y contexto de vida del sujeto 17 (niño 4). Elaboración de los autores, 2021

Del análisis realizado al afrontamiento del sujeto 17 respecto a la enfermedad COVID-19 (figura 43), se aprecian alteraciones psicopatológicas que involucran las funciones de síntesis o integración (distractibilidad), afectivas (ansiedad) y conativas (hipercinesia). Desde el punto de vista nosológico no se estableció patología psiquiátrica en esta niña, sino que solo se diagnostican síntomas de ansiedad aislados a partir del ingreso.

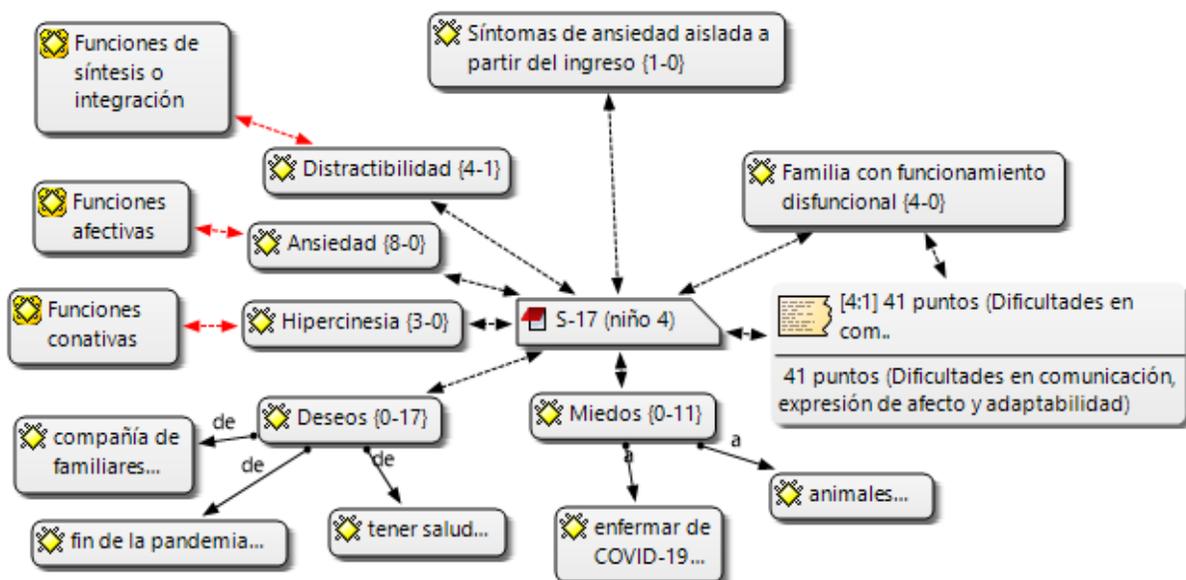


Figura 43. Configuración subjetiva de los signos y síntomas de ansiedad aislada a partir del ingreso diagnosticado en el sujeto 17 (niño 4). Elaboración de los autores, 2021

Conclusiones del estudio del afrontamiento psicológico de niños de 5-11 años de edad convalcientes a la COVID-19

- 1.** El afrontamiento psicológico a la COVID-19 de los niños de 5-11 años de edad que enfermaron durante el primer rebrote en la provincia de Villa Clara se caracterizó por la afectación a las funciones afectivas, conativas y de relación. Los síntomas que tuvieron una mayor presencia fueron la ansiedad, el miedo y la tristeza, junto a la irritabilidad, la distractibilidad, las pesadillas, la hipercinesia, la agresividad y el exceso de apego al cuidador principal.
- 2.** El impacto psicológico vivido por los niños con respecto a la enfermedad COVID-19 se evidenció en el diagnóstico en 7 de ellos de patologías psiquiátricas, y en 1 de síntomas de ansiedad aislada a partir del ingreso hospitalario. Predominan los trastornos de ansiedad por separación, diagnosticados en 3 niños, y los trastornos de adaptación con las especificidades de alteraciones en las emociones y la conducta, la ansiedad mixta y el estado de ánimo deprimido, los cuales muestran el impacto de la enfermedad.
- 3.** El funcionamiento familiar evidenció dificultades en 4 de las familias de los niños, consideradas con un funcionamiento disfuncional. Estas son familias extensas, compuestas o monoparentales. Las dificultades en la comunicación y la adaptabilidad se expresaron en ellas como elementos que condicionan el ajuste al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes, seguido de la afectividad en 2 familias, lo que explica las dificultades en la expresión de afecto existentes.

AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES CONVALECIENTES A LA COVID-19

Hallazgos clínico-psicológicos en adolescentes

Los resultados de los instrumentos aplicados a los adolescentes muestran que predominan signos y síntomas asociados a las funciones afectivas, las funciones de relación y las funciones conativas (figura 44). Un análisis de la afectación de las funciones psíquicas por sujetos revela que la triada funciones afectivas-de relación-conativas estuvo afectada simultáneamente en 8 adolescentes, mientras el par funciones afectivas-de relación estuvo afectado en 12 adolescentes. Predominó la sintomatología con respecto a 3 funciones psíquicas por adolescente. De forma independiente los síntomas de las funciones afectivas se constataron en los 13 adolescentes, y las funciones de relación en 12. El promedio de constatación de los signos y síntomas (veces en que se codificaron) fue de casi 13 por adolescente (12,85), en 7 adolescentes se reportaron 10 o más (de ellos uno con 42).

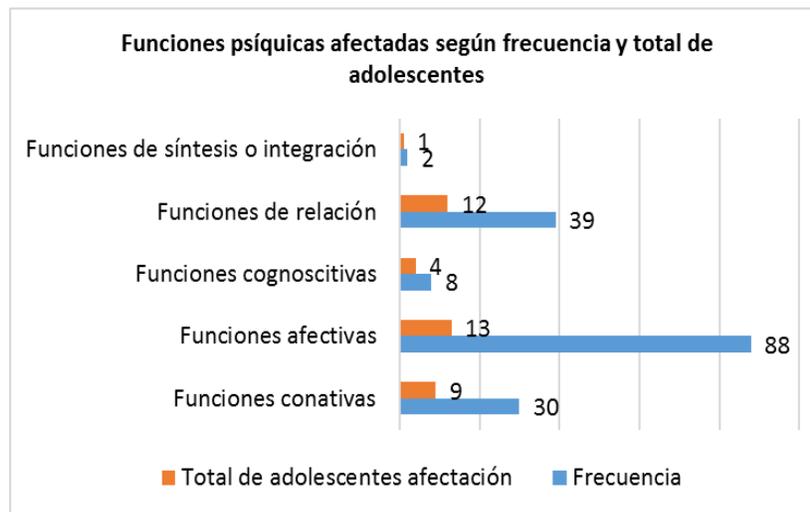


Figura 44. *Afectación de las funciones psíquicas en adolescentes. Elaboración de los autores, 2021*

En las funciones de síntesis o integración se evidenciaron alteraciones de la atención y la memoria en 2 ocasiones respecto a 1 adolescente. Los síntomas expresivos de estas alteraciones fueron la distractibilidad discreta y la hipomnesia de fijación.

Con respecto a las funciones de relación se codificaron 14 signos y síntomas en 39 ocasiones. Las principales afectaciones están vinculadas a las relaciones con los demás, observándose en las relaciones interpersonales que establecían los sujetos explorados, exceso de apego al cuidador principal, inseguridad, percepción de rechazo, vergüenza, retraimiento, baja tolerancia a las frustraciones, baja autoestima, rebeldía, rasgos obsesivos y hostilidad. En las relaciones consigo mismo predominó la preocupación por la salud individual y la inmadurez emocional;

mientras que en las relaciones con las cosas se constató voluntarismo y sobreconsumo de tecnología (figura 45).

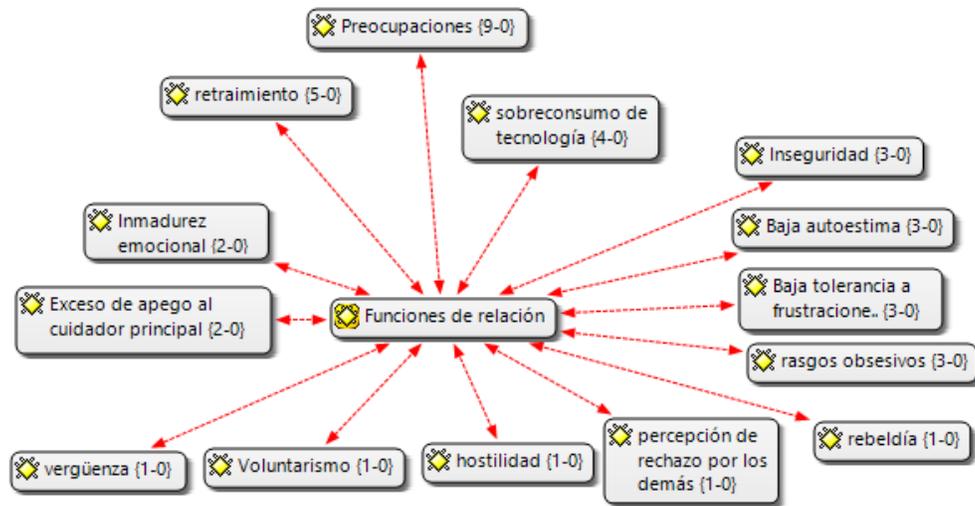


Figura 45. Signos y síntomas asociados a las funciones de relación en los adolescentes que enfermaron de la COVID-19. Elaboración de los autores, 2021

Las alteraciones en las funciones cognoscitivas se codificaron en ocho ocasiones en cuatro adolescentes. Los síntomas afines que se observaron con mayor frecuencia fueron los sentimientos de culpa y la ideación suicida.

Las alteraciones de las funciones afectivas se codificaron en los 13 adolescentes a través de 10 signos y síntomas clínico-psicológicos en 88 ocasiones. Las principales afectaciones estuvieron vinculadas a síntomas cardinales como miedo, ansiedad, tristeza, irritabilidad y sentimientos de culpa (figura 46).

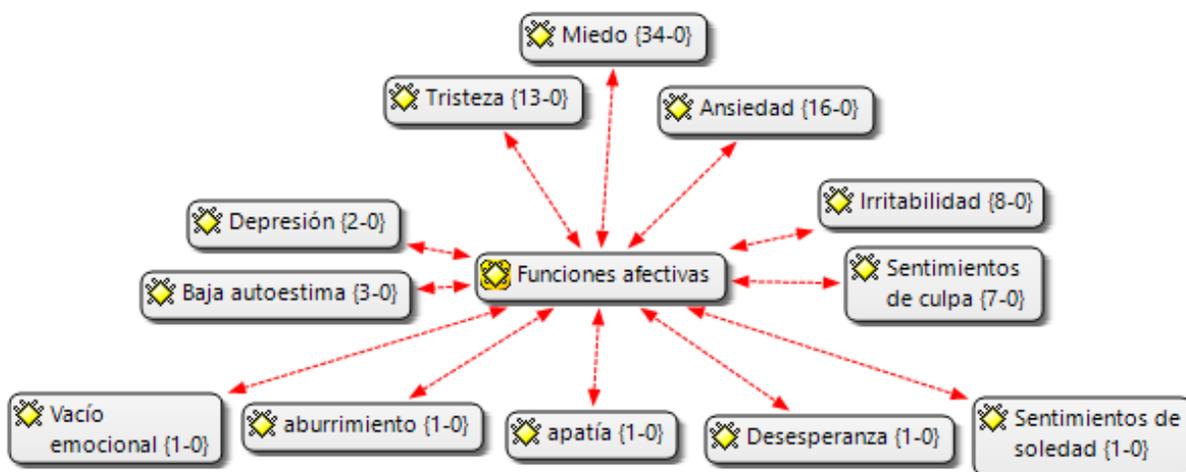


Figura 46. Signos y síntomas asociados a las funciones afectivas en los adolescentes que enfermaron de la COVID-19. Elaboración de los autores, 2021

Los miedos se expresaron durante el ingreso hospitalario con respecto a la separación tanto del hogar como de las figuras de mayor apego y por la posible pérdida o daño de estas figuras, asimismo por la propia situación que crea la atención médica y las experiencias de estar enfermo y sufrir daños. Se configura, además, un miedo después del alta médica, que en algunos casos llega a ser intenso y tiene como sentido el temor a la reinfección de la enfermedad en la familia, la soledad, las aglomeraciones de personas y la muerte de un familiar.

La ansiedad se vincula con un estado de malestar impreciso de aprensión, desasosiego y expectación de acontecimientos desagradables acompañados de componentes vegetativos difusos y tensión muscular, vigilancia o comportamientos evasivos en relación con peligros futuros y por la separación de las figuras de mayor apego.

La tristeza se asoció con el llanto o el sufrimiento y se identificó la situación de estar enfermo y hospitalizado como la principal causa, aunque también se hizo referencia a la noticia que le informa de ser positivo al virus, y la preocupación respecto a la pérdida o daño de las figuras de mayor apego.

La irritabilidad se evidenció a través de respuestas exageradas por la dificultad o imposibilidad de satisfacer alguna necesidad o ante determinados estímulos externos, manifestándose a través de la popularmente conocida explosividad debido al llamado de atención del adulto y la saturación de información sobre la enfermedad ofrecida por los medios; lo que se explica por la susceptibilidad y la facilidad de los adolescentes en este período para molestarse y estar enfadados.

Los sentimientos de culpa se manifestaron respecto a la transmisión real o potencial de la enfermedad a las figuras de mayor apego.

Las alteraciones de las funciones conativas se codificaron en 30 ocasiones a través de 18 signos y síntomas clínico-psicológicos, que involucran la conducta manifiesta o de acción explícita de 9 adolescentes. Los principales trastornos se asociaron a las necesidades de sueño y alimentación, emergiendo con una mayor frecuencia las pesadillas y la anorexia (figura 47).

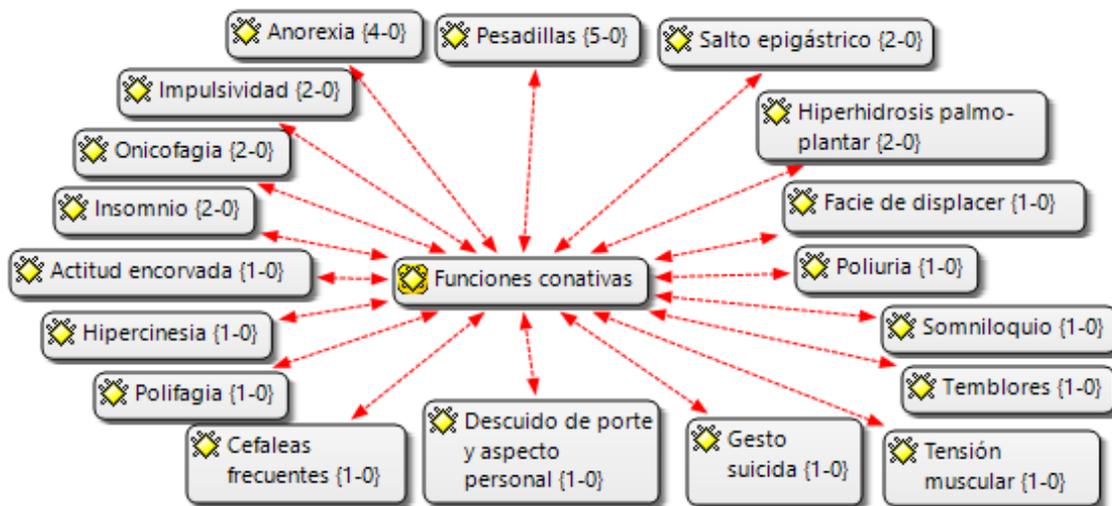


Figura 47. Signos y síntomas asociados a las funciones conativas en los adolescentes que enfermaron de COVID-19. Elaboración de los autores, 2021

Se identificaron en 2 adolescentes conductas de riesgo suicida, en 4 adolescentes sobreconsumo de tecnología, y en 1 adicción a las nuevas tecnologías como trastorno adictivo no relacionado con sustancias o juego patológico (figura 44).

Atendiendo a la frecuencia de aparición y expresión por sujetos predomina un afrontamiento emocional caracterizado por la presencia de miedo, ansiedad, tristeza e irritabilidad; que se acompaña por elaboraciones que en su contenido muestran preocupación, culpa y afectaciones en la conducta relacionadas con las necesidades como el insomnio y el sobreconsumo de tecnología (figura 48).



Figura 48. Signos y síntomas clínico-psicológicos más frecuentes en los adolescentes estudiados. Elaboración de los autores, 2021

Experiencias asociadas a las acciones de salud y alta clínica

Las experiencias asociadas a las acciones de salud y alta clínica se codificaron en los 13 adolescentes en 21 ocasiones. Es un núcleo que organiza los sentidos subjetivos emergentes con respecto a cómo se vivieron los procesos de atención por el sistema de salud y el alta médica como momento temporal significativo en la experiencia (figura 49).



Figura 49. Experiencias asociadas a las acciones de salud y el alta clínica. Elaboración de los autores, 2021

Las acciones de salud fueron evaluadas por 12 adolescentes y se codificó en 23 ocasiones. Constituyen sentidos subjetivos expresados con respecto a la atención médica, la atención psicológica y la relación que establecieron con el personal de salud.

La atención médica es sentida a través de una valoración positiva del trabajo del personal de salud, predominando el agradecimiento al sistema de salud (7 adolescentes), la vivencia de afecto en la atención, el trato recibido y la realización de despedidas. Se reconoce el buen trabajo de los médicos, la efectividad del tratamiento, el intercambio afectivo, la información recibida, elementos que minimizan las molestias del tratamiento, solo expresado por un adolescente. Contrariamente, la atención psicológica apenas alcanza una evaluación relacionada con acciones posteriores al alta clínica, lo cual evidencia la escasa percepción de este servicio durante la estancia hospitalaria.

En el plano subjetivo también se configuraron estados emocionales y redefiniciones de vida ante el alta clínica, como elementos de sentido durante el proceso de enfermedad de la COVID-19. Un total de 7 adolescentes expresó estados emocionales de felicidad o alegría, 3 redefinieron sus

rutinas hospitalarias, y para un sujeto fue una experiencia que le condujo a procesos reflexivos sobre el sentido de su vida. Esta realidad supone limitaciones en la producción de alternativas cotidianas durante el tiempo hospitalario, reproduciendo pasivamente la rutina de paciente en cama. Otro aspecto clínico-psicológico a considerar es que 6 de los sujetos no expresaron estados emocionales con respecto al alta clínica, lo que evidencia el impacto psicológico en este momento y la necesidad de ayuda psicológica para el período de rehabilitación.

Recursos psicosociales de afrontamiento

Los recursos psicosociales de afrontamiento se expresaron por 10 adolescentes y se codificaron en 22 ocasiones a través del afrontamiento resiliente y del apoyo social percibido. Es un núcleo que organiza los sentidos subjetivos con respecto a los recursos movilizados por los adolescentes durante la hospitalización y las redes de apoyo social (figura 50).

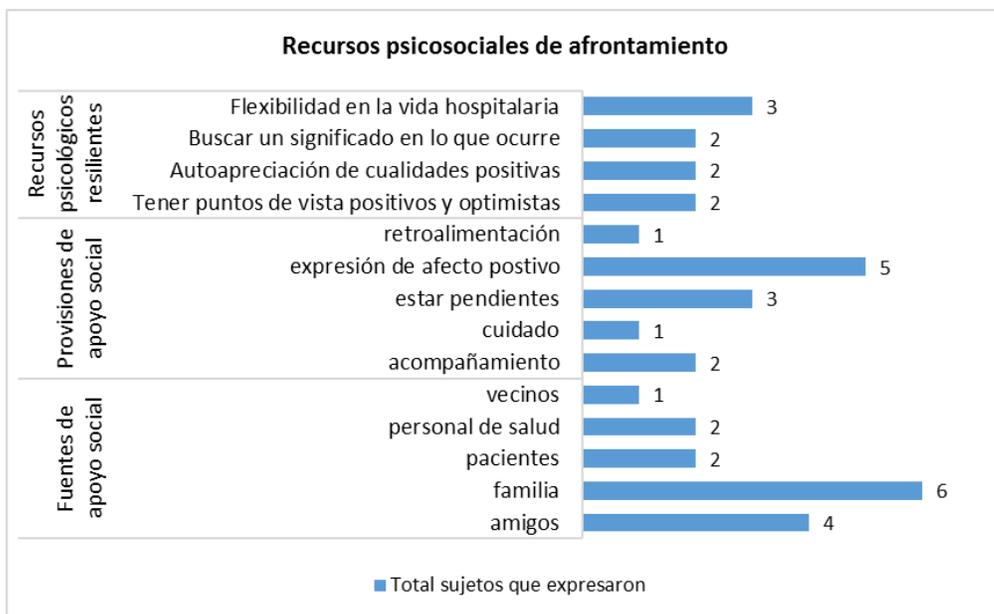


Figura 50. Recursos psicosociales de afrontamiento. Elaboración de los autores, 2021

El afrontamiento resiliente, expresado por 4 adolescentes, da cuenta de las alternativas psicológicas utilizadas por los sujetos en su experiencia ante las adversidades y riesgos percibidos y vividos con respecto a la enfermedad. Los recursos resilientes utilizados fueron la flexibilidad ante la vida hospitalaria, la búsqueda de significados ante la situación de enfermedad, la autoapreciación de cualidades positivas, y la elaboración de puntos de vista positivos y optimistas.

El apoyo social fue esencialmente de tipo emocional y se percibió por 8 adolescentes. Las principales provisiones de apoyo social fueron el afecto positivo, la preocupación de familiares y amigos, fundamentalmente, y el acompañamiento. Se expresó a través de las relaciones íntimas y de confianza (la familia) y la red social (amigos, vecinos, pacientes). La familia constituyó la

principal fuente de apoyo para 6 adolescentes, lo cual evidencia que este nivel de la integración social es la institución que se percibe de forma más personal y se siente como más íntima, siendo fuente de apoyo incondicional. En ese orden también fueron reconocidos los amigos mediante llamadas telefónicas, el personal de salud a través de retroalimentación, los otros pacientes con acciones de cuidado y los vecinos por la preocupación.

Se evidencia, asimismo, una limitada percepción o configuración del apoyo social como sentido subjetivo durante esta etapa, pues 7 adolescentes no lo expresaron y 1 solamente identificó a otros pacientes como fuente. El apoyo social se manifestó a través de llamadas, frases de afecto, interesarse continuamente por la evolución y el acompañamiento durante la hospitalización. Desde el punto de vista individual los sujetos 8 y 10 manifestaron tener una mayor red de apoyo social durante su hospitalización.

Necesidades, temores y malestares

La configuración subjetiva de las necesidades, malestares y temores de la rehabilitación en contextos de vida cotidiana se construyeron a partir de los deseos, miedos y molestias que los adolescentes expresaron. Esta organización parcial de sentido subjetivo fue codificada en 104 ocasiones en todos los adolescentes, y contienen los aspectos simbólicos y emocionales producidos como parte de la inserción de los sujetos en su vida cotidiana.

Este es un afrontamiento que aparece en el plano subjetivo principalmente a través de malestares por experiencias en las rutinas diarias que afectan el bienestar, la preocupación por las secuelas, enfermar o morir ellos o sus familiares y el deseo de preservar la salud (figura 51).

Fueron codificadas un total de 20 necesidades en los 35 deseos expresados. Los principales contenidos de las necesidades son la preservación de la salud y los proyectos personales, a los que se unen la obtención de la carrera universitaria, el fin de la pandemia, la preservación de la salud personal y familiar, y la compañía de los familiares que viven en el hogar.

También se codificaron 22 temores y preocupaciones por las consecuencias de la enfermedad en los 35 miedos expresados. Los contenidos subjetivos más frecuentes fueron la preocupación por la muerte de personas de mayor apego, volver a enfermar de la COVID-19 o que enferme la familia. Otros temores aluden al distanciamiento de personas de mayor apego, la oscuridad, los animales, el ingreso hospitalario solos, y la no obtención de la carrera universitaria deseada.

Por su parte, se codificaron 18 malestares en la cotidianidad de las nuevas condiciones de vida en las 35 preocupaciones expresadas. Los contenidos de estos malestares son los desacuerdos en las relaciones con los adultos, ser despertados, el engaño, el castigo y el rechazo.



Figura 51. Necesidades, temores y malestares. Elaboración de los autores, 2021

A partir de la selección de las necesidades, miedos y malestares de mayor frecuencia y menor orden de evocación, se identificaron los elementos centrales y periféricos configurados en el afrontamiento (figura 52).

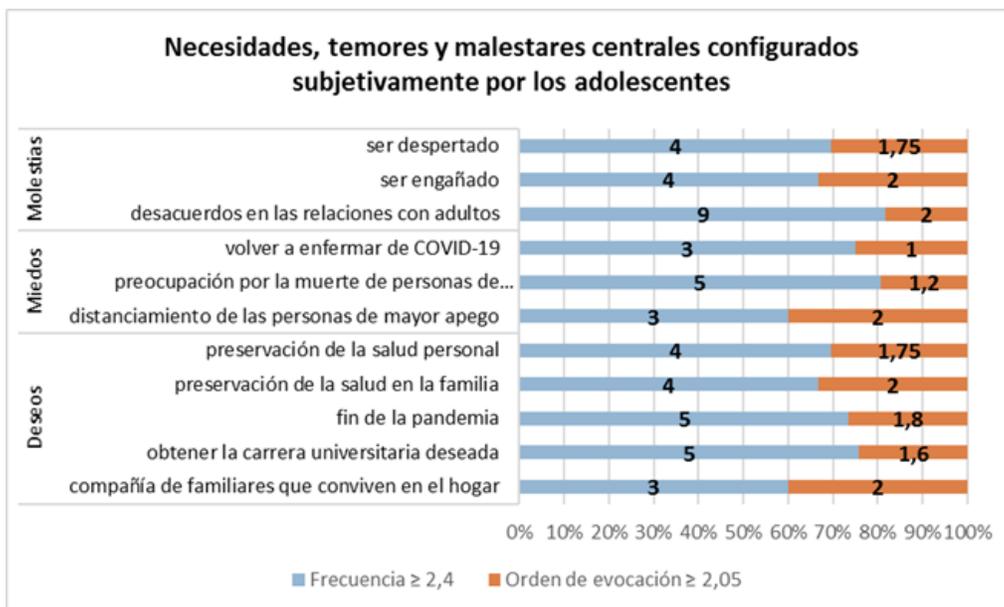


Figura 52. Necesidades, temores y malestares centrales en el afrontamiento psicológico de los adolescentes. Elaboración de los autores, 2021

Los elementos más centrales son el miedo a enfermarse de la COVID-19 y el malestar por la agresión física de los adultos; los cuales se conectan con el miedo a estar solo y los malestares

provocados por la agresión verbal, la invasión a la privacidad y las prohibiciones por parte de los adultos, así como el rechazo de otros niños. Vinculados a estos miedos y malestares emergen como necesidades centrales el fin de la pandemia y tener salud, requisitos que viabilizan las necesidades de jugar y recibir juguetes. Más periféricamente emerge el miedo a los animales.

Familia: tipología, funcionalidad, actividad de cuidado y conductas de riesgo

Los adolescentes que enfermaron de COVID-19 provienen fundamentalmente de familias nucleares y familias reensambladas. La percepción de uno de sus miembros evidenció dificultades en su funcionalidad.

Las principales dificultades hacen referencia a la comunicación como elemento que condiciona el ajuste al medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes y la armonía que explica las contradicciones en torno a los intereses y necesidades individuales que expresaron los adolescentes como malestares de su cotidianidad. La figura 53 muestra la relación entre los tipos de familia y los niveles de funcionalidad, así como la frecuencia de las dificultades identificadas en el funcionamiento.

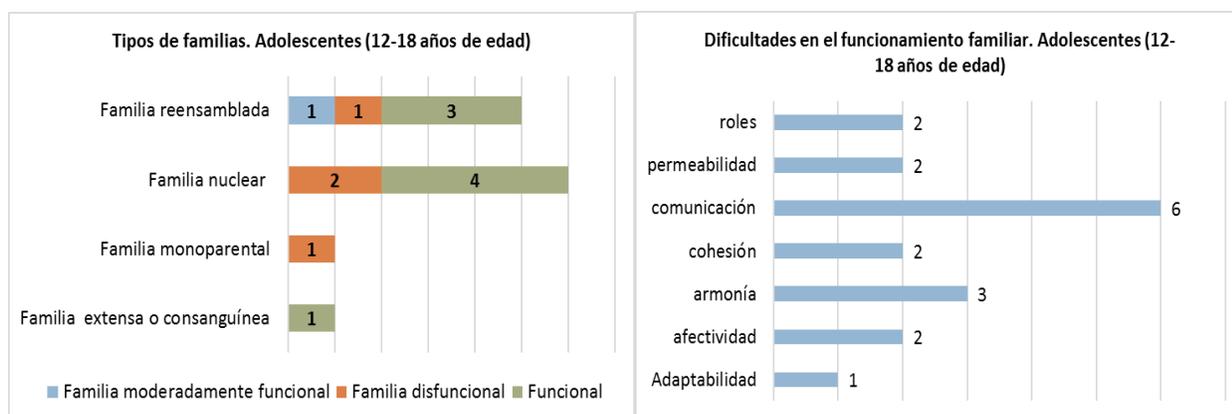


Figura 53. Familias: tipos y funcionalidad. Elaboración de los autores, 2021

Los cuidadores principales de todos los adolescentes son las madres; mujeres que se dividen entre sentirse bien y vivenciar estados de malestar psicológico (inestabilidad emocional, estrés). Dedican al cuidado del hijo todo el día o lo hacen después de la jornada laboral. Con ellos, principalmente, ven la televisión, aunque también realizan actividades domésticas o juegan.

Son madres que tienen la certeza de que manejan adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de los niños, aunque 3 de ellas se sienten deprimidas o temerosas al hacerlo. Las preocupaciones de las cuidadoras están principalmente referidas a la salud física de los adolescentes (nuevo contagio, mantener la salud), la salud psicológica (ansiedad, hiperactividad, pérdida de intereses), y problemas del desarrollo (adolescencia). El apoyo en el funcionamiento familiar constituye la principal necesidad de ayuda demandada, a la que se unen otras

necesidades de apoyo psicológico y médico. La mitad de las cuidadoras refirió no necesitar apoyo.

En general, son familias de diferente acceso al ingreso, donde predominan las que tienen un acceso medio o alto. Viven en viviendas de buenas condiciones, sin embargo, en cuatro de ellas aún el adolescente duerme en la habitación de los padres.

Estudio de casos de los adolescentes con diagnóstico de patología psiquiátrica

Del análisis realizado al afrontamiento de los adolescentes con respecto a la enfermedad COVID-19, el cual siguió los criterios establecidos por la American Psychiatric Association (2013) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición (DSM-5), se diagnosticaron en 4 de ellos patologías psiquiátricas, dos con trastornos de adaptación con estado de ánimo deprimido, uno con trastorno de ansiedad generalizada, y uno con trastorno de ansiedad por separación.

Casos diagnosticados con trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21)

El **sujeto 1** estudiado (figura 54) es una adolescente femenina de 17 años de edad que integra una familia reensamblada, formada, además, por la madre y el padrastro. Es una familia moderadamente funcional, de ingresos bajos, que vive en una vivienda de buenas condiciones donde la adolescente duerme en la habitación de los adultos.

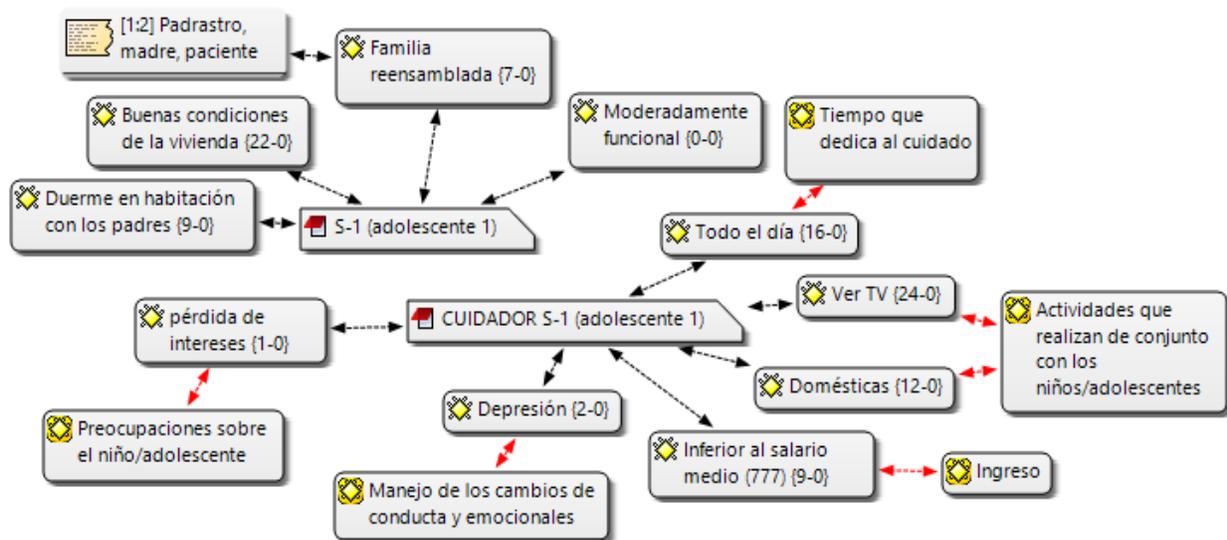


Figura 54. Familia y contexto de vida del sujeto 1 (adolescente 1). Elaboración de los autores, 2021

La cuidadora principal refirió la pérdida de intereses como síntomas de desajuste en la conducta de la adolescente, ante lo cual vivencia malestar psicológico asociado a la depresión. Dedicar al cuidado de la hija todo el día. Con ella ve la televisión y realiza actividades domésticas.

La noticia que le informó sobre la positividad al virus, la separación del hogar, de las figuras de mayor apego, y la experiencia asociada a la vida intrahospitalaria, evidenciaron en la adolescente signos y síntomas clínico-psicológicos de aburrimiento, ansiedad, culpa, miedo, percepción de hostilidad en las relaciones con los demás, preocupación, tristeza e ideación suicida. No reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad. Sus provisiones y fuentes de apoyo social se ajustan al apoyo emocional recibido, fundamentalmente, por otros pacientes (figura 55).

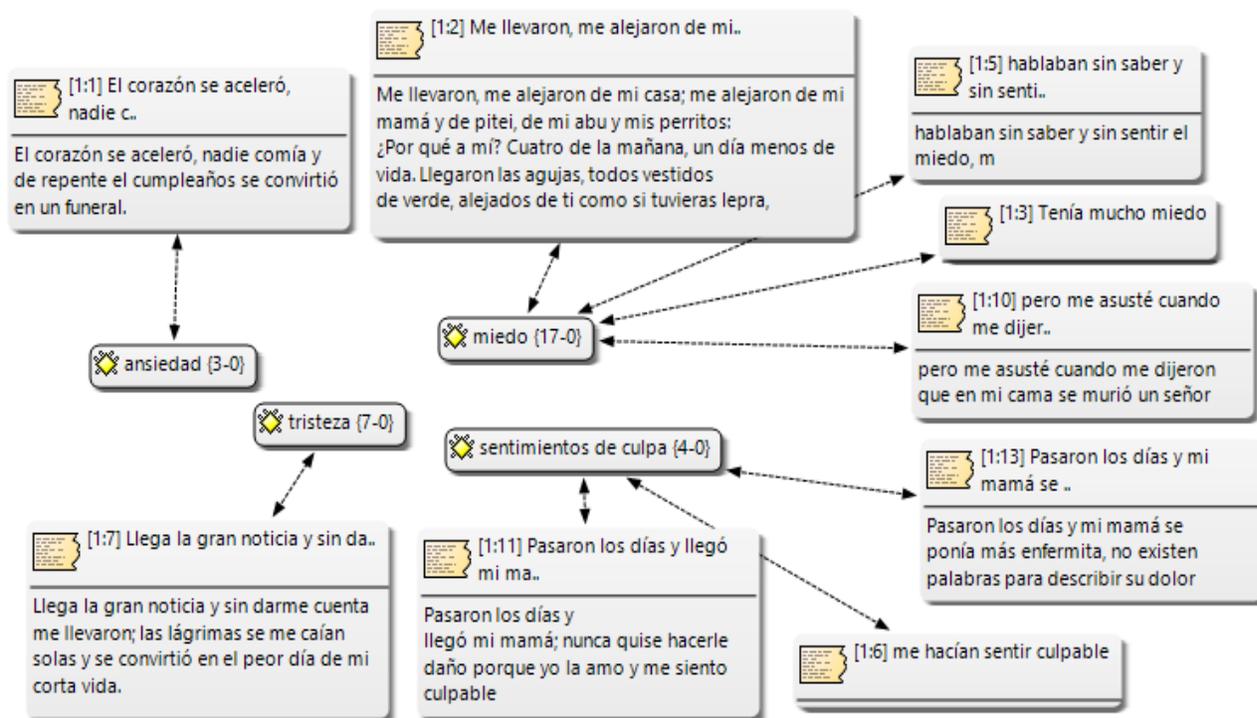


Figura 55. Fragmentos de la composición del sujeto 1 (adolescente 1) que ilustran los principales síntomas clínico-psicológicos sentidos. Elaboración de los autores, 2021

Refirió sentirse bien atendida durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización. Es una adolescente con necesidades de apego (compañía de personas de mayor apego) y de concreción de proyectos personales; miedos al proceso de intervención médica vivido, lo cual da cuenta del impacto del proceso de hospitalización. Sus malestares se conectan con las necesidades de apego, la ruptura de las rutinas cotidianas y no alcanzar su proyecto profesional. La figura 56 muestra las necesidades, miedos y molestias sentidos por la adolescente durante la convalecencia de la enfermedad.

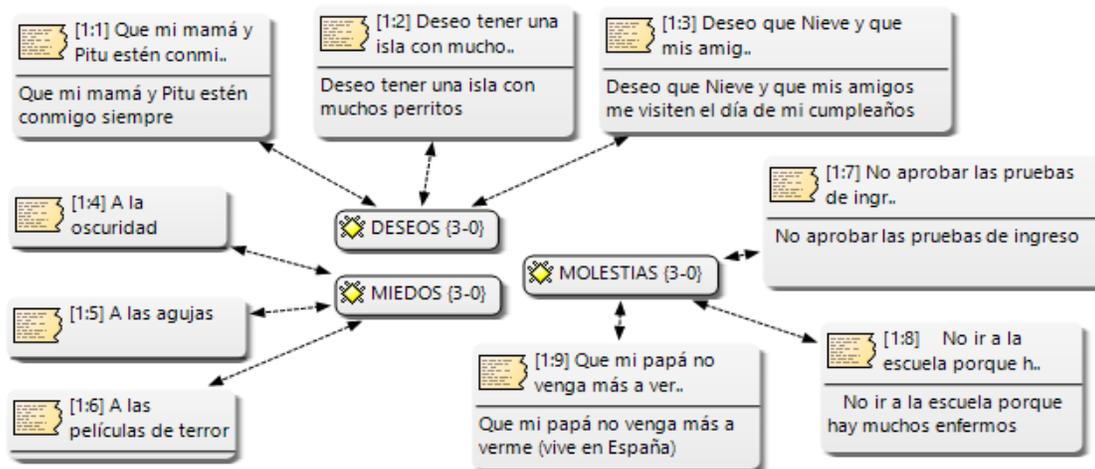


Figura 56. *Deseos, miedos y molestias del sujeto 1 (adolescente 1). Elaboración de los autores, 2021*

En el afrontamiento psicológico de la adolescente a la enfermedad COVID-19 (figura 57) se aprecia el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al proceso de haber sufrido la enfermedad, los cuales se produjeron en los tres meses siguientes al contagio.

En el examen psiquiátrico realizado se constató descuido de porte y aspecto personal, facie de displacer, actitud encorvada, distractibilidad discreta, hipomnesia de fijación, ideación suicida con plan suicida durante la hospitalización, tristeza, irritabilidad, desesperanza, sentimientos de culpa ante el contagio de familiares, sentimientos de soledad, ansiedad, percepción de rechazo por los demás (médicos, enfermeras, vecinos), sensación de vacío emocional, baja autoestima, dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, hiperhidrosis palmo-plantar, salto epigástrico, retraimiento social, anhedonia, desmotivación escolar y/o para realizar los exámenes de ingreso a la educación superior, hipercinesia, anorexia, gesto suicida durante el ingreso y trastornos del sueño como pesadillas y somnoliquio.

Además, se asoció a baja tolerancia a frustraciones e inmadurez emocional. Predominó la mayor parte del tiempo el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza. Este conjunto de signos y síntomas clínicamente significativos ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado con respecto a la gravedad o intensidad del factor estresante y deterioro significativo en lo individual, familiar, social y escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Estas alteraciones no cumplen los criterios para otro trastorno mental y no constituyen simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente o una respuesta de duelo normal. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21), asociado a un alto riesgo suicida en la paciente.

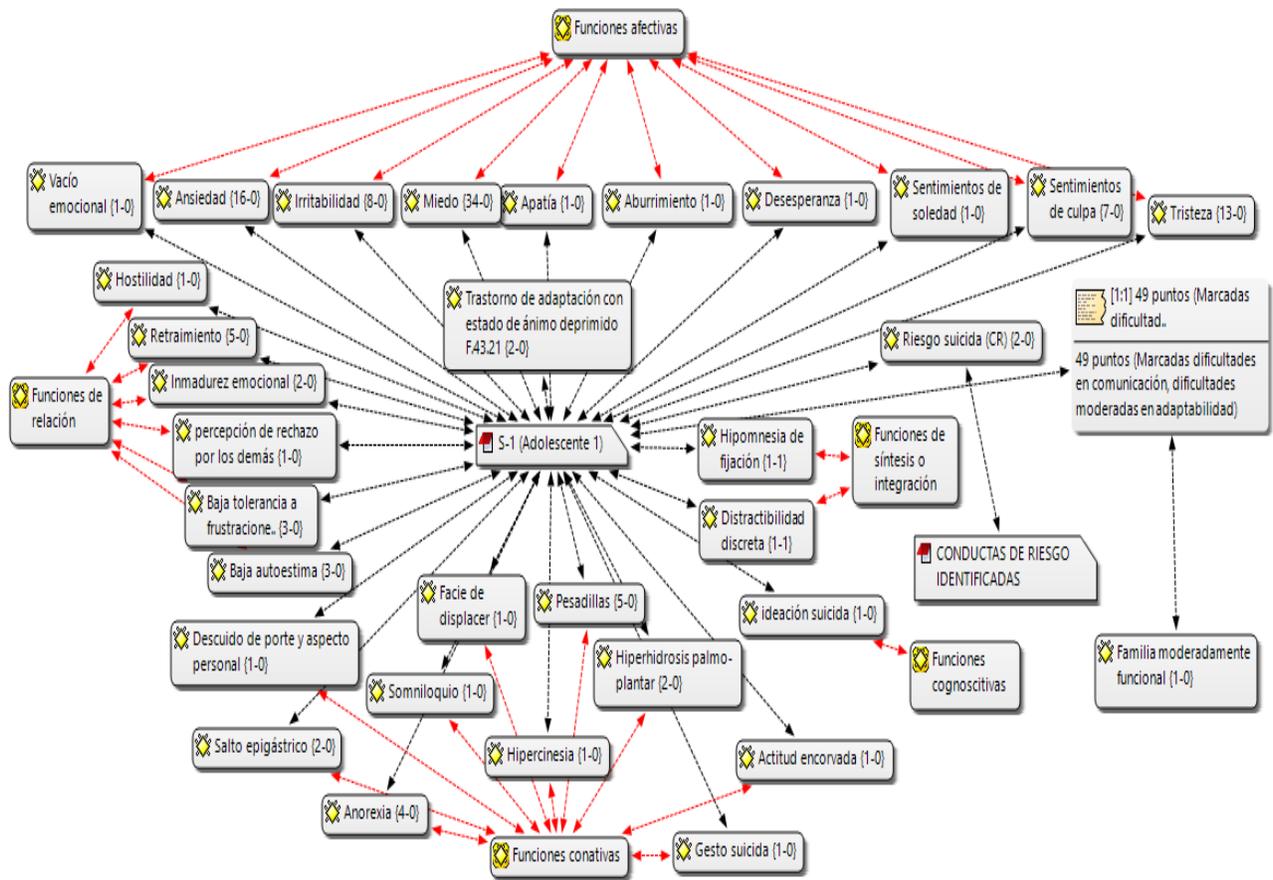


Figura 57. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido sujeto 1 (adolescente 1). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 11** estudiado es una adolescente femenina de 17 años de edad que integra una familia nuclear formada, además, por la madre, el padre y el hermano. Es una familia funcional de ingresos medios que vive en una vivienda de buenas condiciones.

La madre dedica al cuidado de su hija todo el día y con ella realiza actividades domésticas y ve la televisión. Su principal preocupación es la salud de la adolescente que la ha llevado a experimentar malestar psicológico asociado a síntomas depresivos e inestabilidad emocional. Reconoce como necesidad el apoyo de la familia en el cuidado de la adolescente (figura 58).

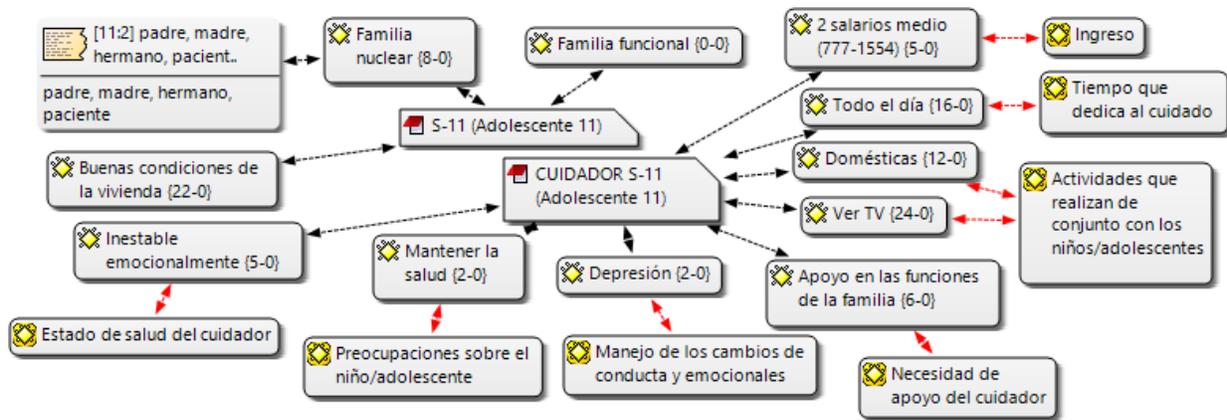


Figura 58. Familia y contexto de vida del sujeto 11 (adolescente 11). Elaboración de los autores, 2021

La adolescente expresó sentimientos de vergüenza por la enfermedad a partir del proceso de hospitalización. No reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad y tampoco precisa provisiones ni fuentes de apoyo social. Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Sus necesidades y temores están conectadas con la preocupación por la salud propia y de su familia, por el miedo a reinfectarse, al ingreso hospitalario y a morir, lo cual se vive en una dinámica familiar generadora de malestares en la comunicación con los adultos (figura 59).

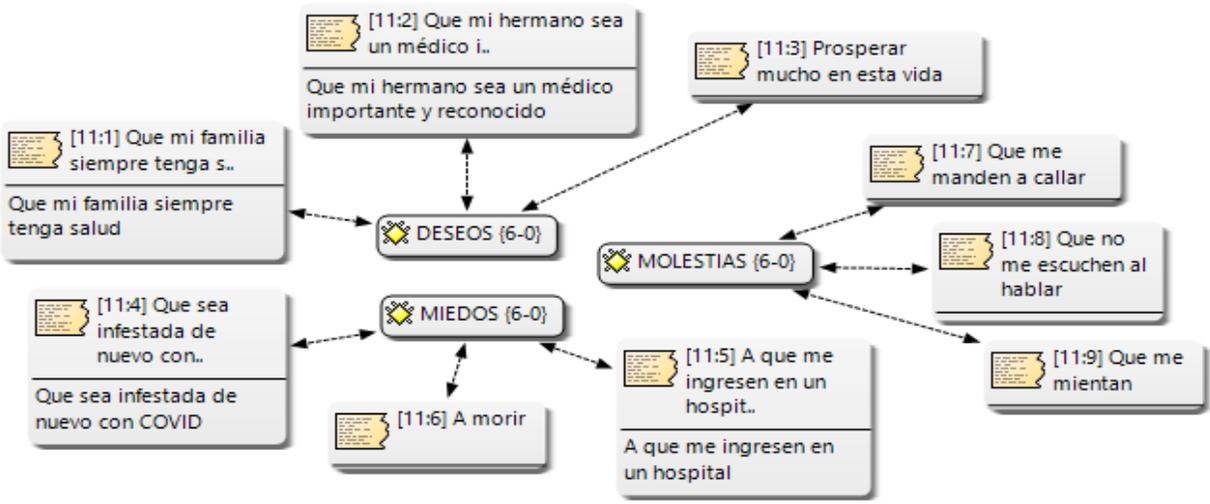


Figura 59. Deseos, miedos y molestias del sujeto 11 (adolescente 11) que ilustran los principales síntomas clínico-psicológicos sentidos. Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico a la enfermedad COVID-19 (figura 60) se aprecia en la adolescente el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta al proceso de haber sufrido la enfermedad, que se produjeron en los tres meses siguientes al contagio.

En el examen psiquiátrico realizado se constató llanto frecuente, tristeza, depresión, irritabilidad, miedo intenso por la salud personal y de familiares, preocupación excesiva por la muerte, miedo a la muerte, ansiedad, onicofagia, pesadillas (en relación con la enfermedad y la muerte de familiares) y anorexia. Predominó en la adolescente la mayor parte del tiempo el estado de ánimo bajo, las ganas de llorar o el sentimiento de desesperanza.

Este conjunto de síntomas y signos clínicamente significativos ponen de manifiesto malestar intenso desproporcionado y deterioro significativo en lo individual, familiar, social y escolar u otras áreas importantes del funcionamiento. Estas alteraciones no cumplen los criterios para otro trastorno mental y no constituyen simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente o respuesta de duelo normal. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (F.43.21) en la paciente.

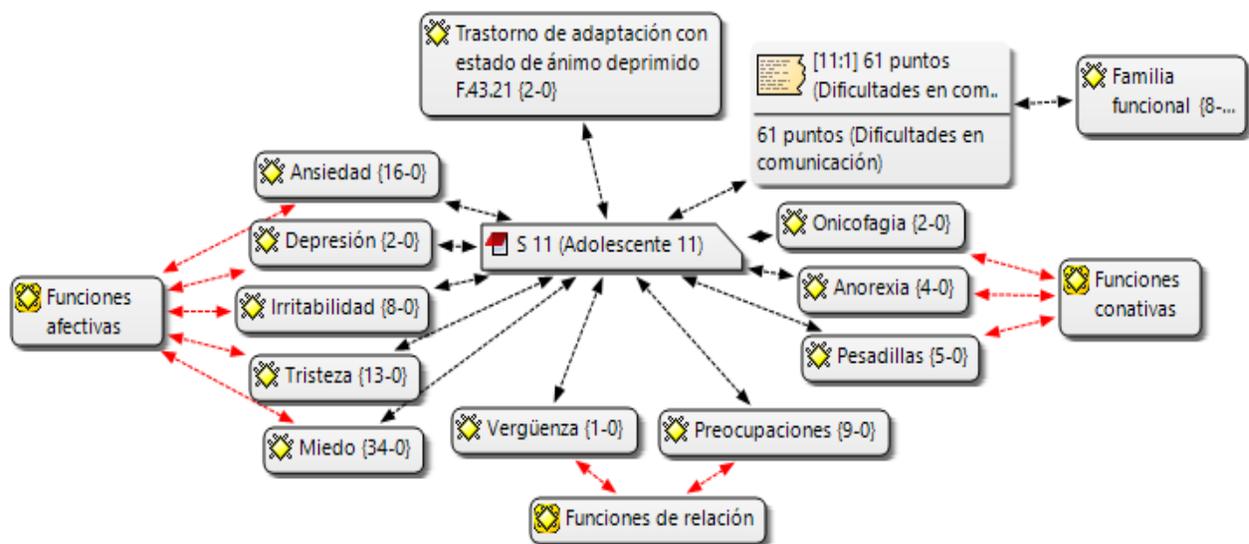


Figura 60. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido sujeto 11 (adolescente 11). Elaboración de los autores, 2021

Caso diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada F.41.1

El **sujeto 3** estudiado es un adolescente masculino de 17 años de edad que integra una familia reensamblada, formada, además, por la madre y el padrastro. Es una familia funcional, de ingresos medios, que vive en una vivienda de buenas condiciones donde el adolescente duerme en la habitación de los adultos.

La cuidadora se dedica al cuidado de su hijo después de la actividad laboral y con él realiza actividades de jugar y ver la televisión. Su principal preocupación es la ansiedad e hiperactividad como síntomas de desajuste en la conducta del adolescente, lo cual logra manejar adecuadamente, pero necesita ayuda psicológica (figura 61).

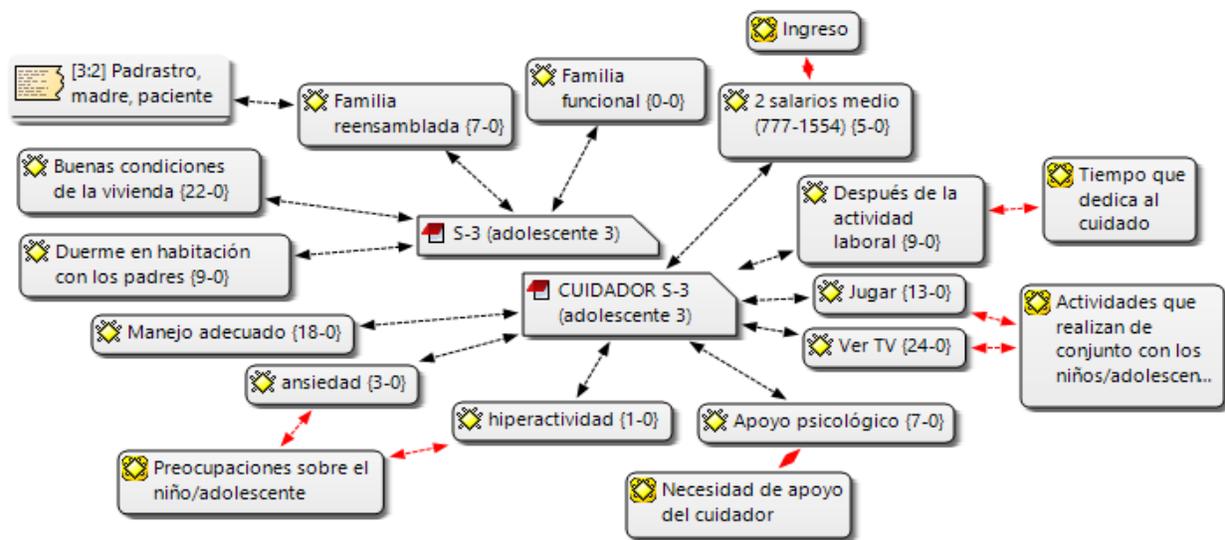


Figura 61. Familia y contexto de vida del sujeto 3 (adolescente 3). Elaboración de los autores, 2021

La situación de la enfermedad, la hospitalización y la atención médica, evidenciaron en el adolescente miedo y tristeza. No reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad; tampoco precisó provisiones ni fuentes de apoyo social.

Refirió sentirse bien atendido durante la hospitalización e hizo alusión al buen trabajo de los médicos. El apego es un contenido que se expresa en las necesidades y miedos del adolescente. También emergieron necesidades vinculadas a la recuperación de rutinas cotidianas. Asimismo, el miedo a la enfermedad se conecta con el malestar vivido durante la hospitalización. Existe temor por no alcanzar el proyecto profesional de ingresar a la educación superior, pues la enfermedad tensó este proceso. Otros malestares se expresan en las relaciones con los adultos. La figura 62 muestra sus deseos, miedos y malestares.

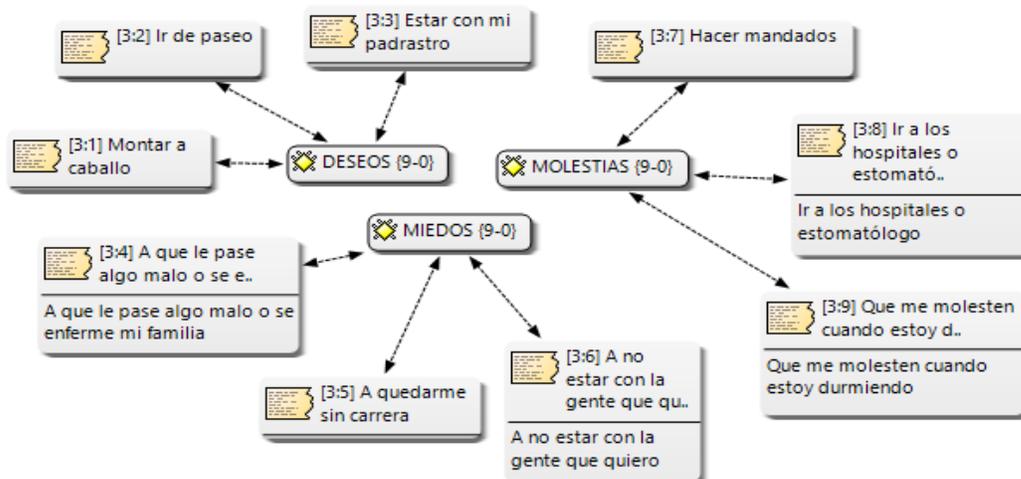


Figura 62. Configuración subjetiva del trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido sujeto 3 (adolescente 3). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico a la enfermedad COVID-19 (figura 63) se aprecia en el adolescente desarrollo de ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos como el hecho de enfermarse de la COVID -19 o sufrir sus secuelas tanto el sujeto como sus familiares. Al adolescente le es difícil controlar esta preocupación.

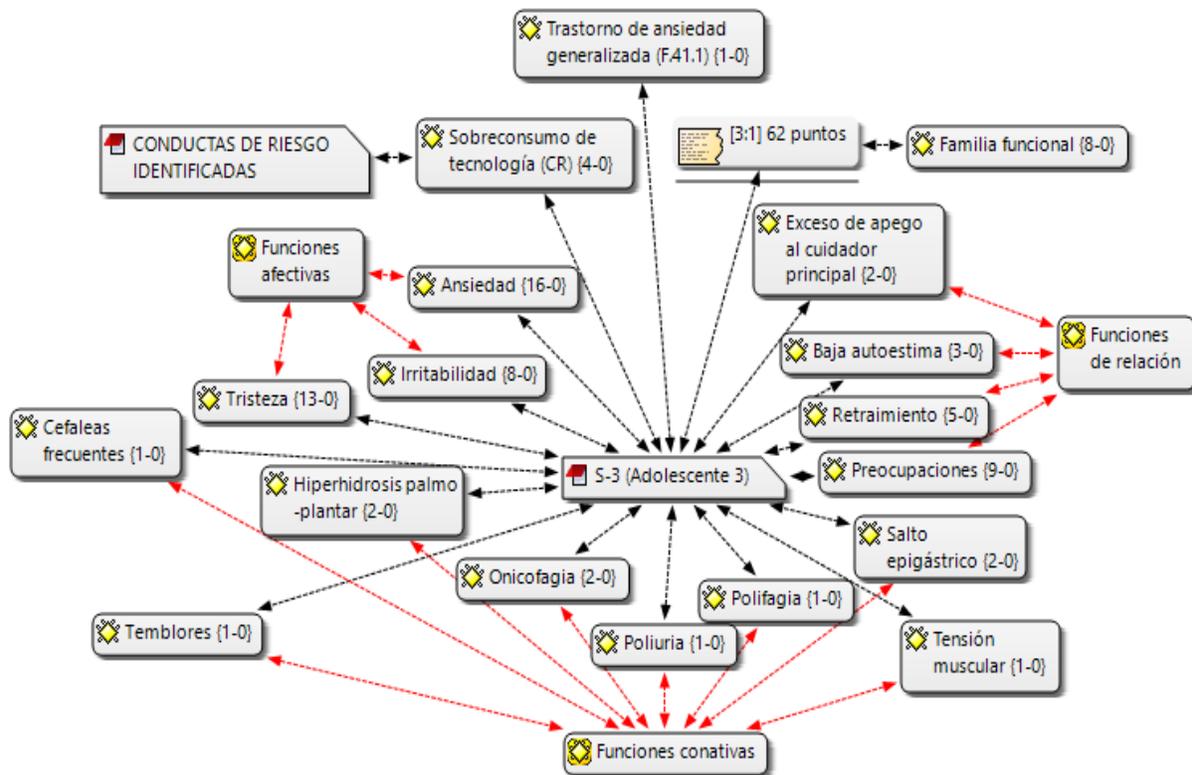


Figura 63. Configuración subjetiva del trastorno de ansiedad generalizada sujeto 3 (adolescente 3). Elaboración de los autores, 2021

La ansiedad y la preocupación se asocian a irritabilidad, baja autoestima, temblores, onicofagia, hiperhidrosis palmo-plantar, salto epigástrico, cefaleas frecuentes, tensión muscular, hiperactividad o inquietud motora permanente, poliuria y polifagia. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo individual, familiar, social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento, no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica o trastorno mental. Además, se asoció a un sobreconsumo de tecnología (celular, más de 10 horas diariamente). Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de ansiedad generalizada (F. 41.1), asociado a riesgo de sobreconsumo de tecnología en el adolescente.

Caso diagnosticado con trastorno de ansiedad por separación (F.93.0)

El **sujeto 4** estudiado es una adolescente femenina de 12 años de edad que integra una familia nuclear, formada, además, por la madre y el padre. Es una familia funcional, de ingresos medios-

altos, que vive en una vivienda de buenas condiciones donde la adolescente duerme en la habitación de los adultos (figura 64).

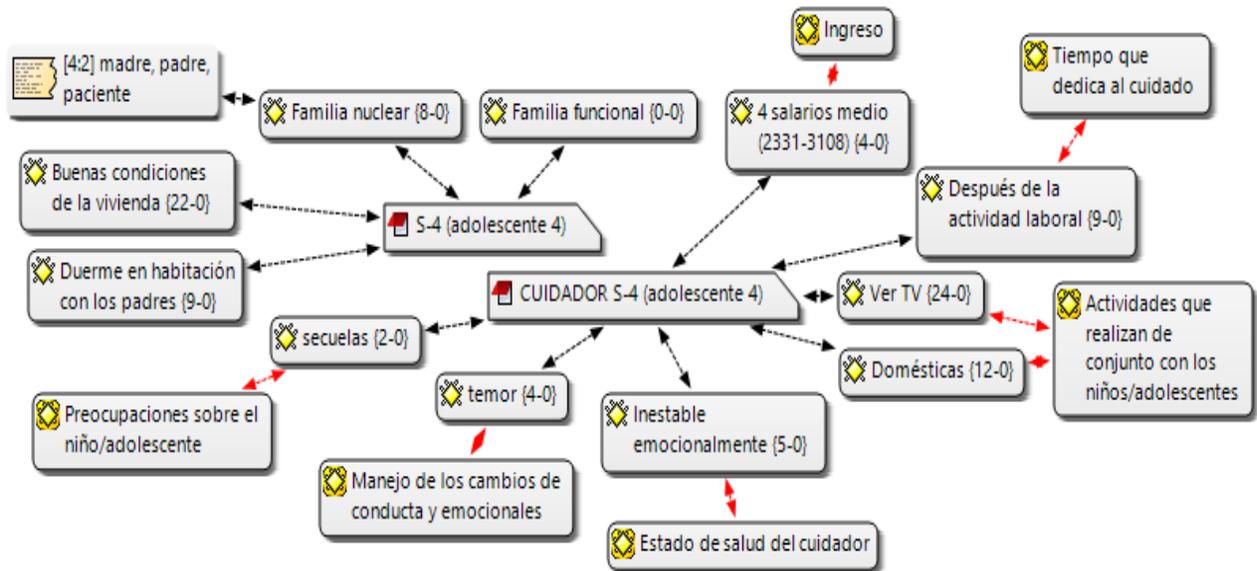


Figura 64. Familia y contexto de vida del sujeto 4 (adolescente 4). Elaboración de los autores, 2021

La cuidadora se dedica al cuidado de su hija después de la actividad laboral, y con ella realiza actividades domésticas y ve la televisión. Sus preocupaciones se concretan en las secuelas de la enfermedad y temor en el manejo de la conducta de la adolescente. Ha experimentado malestar psicológico asociado a sentirse emocionalmente inestable, aunque refiere que no necesita ayuda (figura 64).

La experiencia de estar enferma o sufrir daños y la separación del hogar y de las figuras de mayor apego, generaron en la adolescente síntomas clínico-psicológicos de ansiedad, sentimientos de culpa, idea fija, insomnio, miedo, preocupación y tristeza. Reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad como tener puntos de vista positivos y optimistas y flexibilidad en la vida hospitalaria; en cambio no precisó provisiones ni fuentes de apoyo social. En la figura 65 se presentan fragmentos de la composición.

personas por las que siente apego, en este caso de sus padres, que se manifiesta a través de la vivencia de malestar excesivo y recurrente cuando se prevé, anticipa o se vive una separación del hogar o de figuras de apego; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de estos ante la posibilidad de enfermar de la COVID-19 y/o aparición en ellos de secuelas o muerte.

Hay resistencia o rechazo persistente a salir lejos de casa, a la escuela o a otro lugar por miedo a la separación; miedo excesivo y persistente o resistencia a estar sola dormir lejos de casa o sin las figuras de apego. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, ha tenido una duración de 6 meses en el sujeto desde el contagio de la enfermedad COVID-19, y se asocian además a tristeza y sentimientos de culpa, exceso de apego al cuidador principal, ideas fijas en relación con todo lo referente a la enfermedad e insomnio de conciliación y mantenimiento causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, familiar u otras áreas importantes del funcionamiento, y no se explica mejor por otro trastorno mental. Atendiendo a estos criterios se diagnosticó un trastorno de ansiedad por separación (F.93.0).

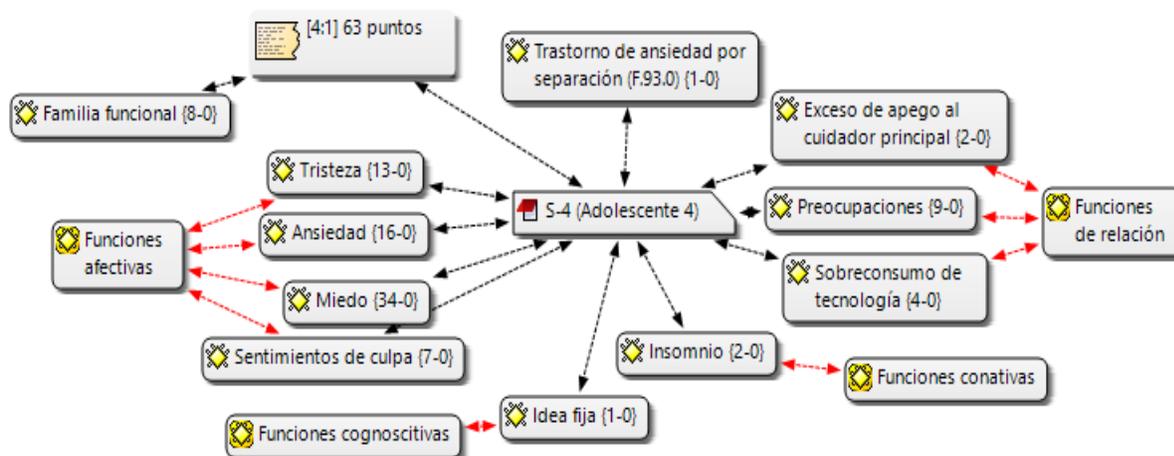


Figura 67. Configuración subjetiva del trastorno de ansiedad por separación sujeto 4 (adolescente 4).
Elaboración de los autores, 2021

Casos sin diagnóstico de patologías psiquiátricas

El **sujeto 2** estudiado es una adolescente femenina de 15 años de edad que integra una familia monoparental, formada, además, por la madre y el hermano. Es una familia disfuncional, de ingresos medios, que vive en una vivienda de malas condiciones donde la adolescente duerme en la habitación con la madre. Dedicar al cuidado de la hija todo el día, con ella ve la televisión y realizan actividades domésticas. Tienen la certeza de que maneja adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de los niños (Figura 68).

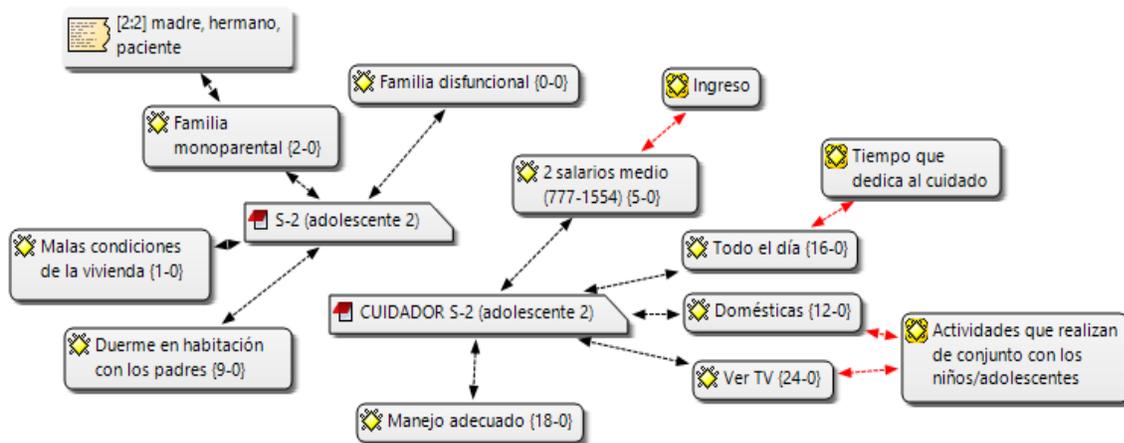


Figura 68. Familia y contexto de vida del sujeto 2 (adolescente 2). Elaboración de los autores, 2021

La separación del hogar, el daño o pérdida de las figuras de mayor apego y la situación de atención médica, generaron en la adolescente síntomas clínico-psicológicos de depresión, miedo y preocupación. No reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad y sus provisiones y fuentes de apoyo social se ajustan al apoyo emocional recibido de la familia (figura 69).

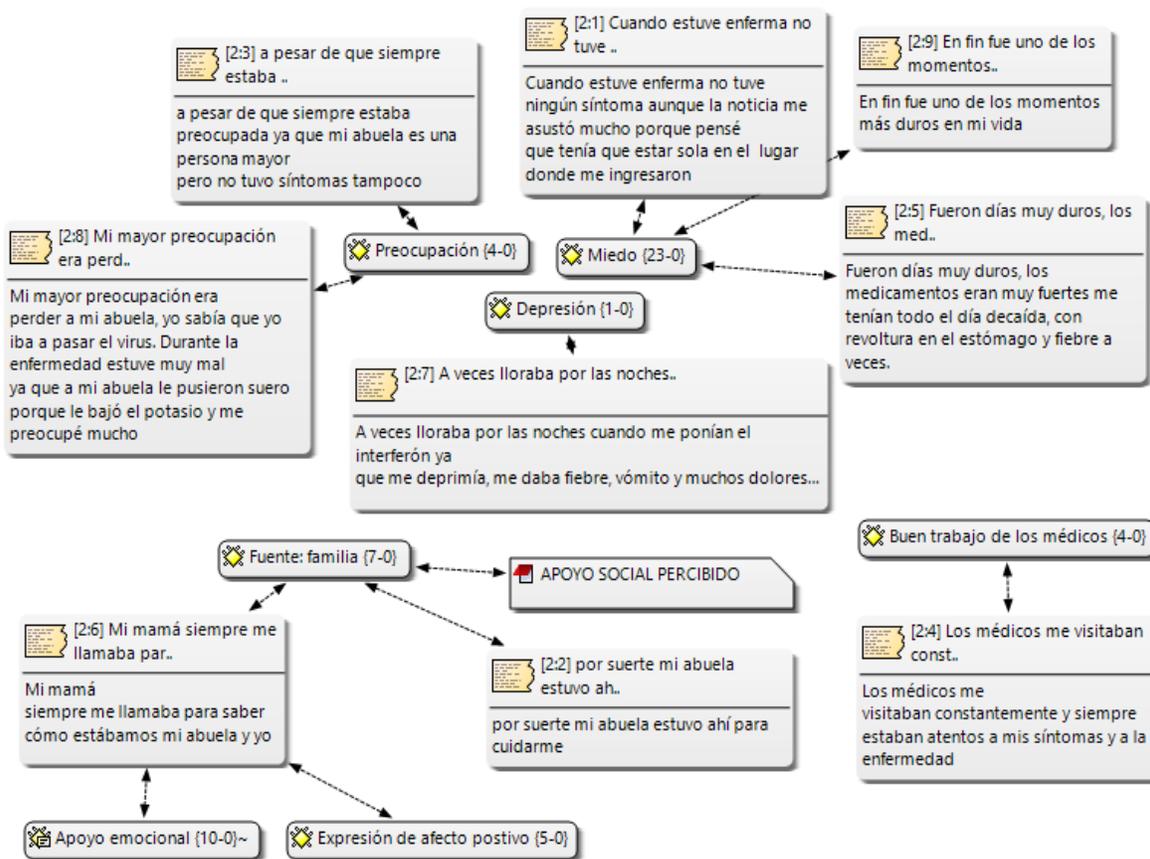


Figura 69. Fragmentos de la composición sujeto 2 (adolescente 2). Elaboración de los autores, 2021

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización. Es una adolescente que desea cumplir sus proyectos personales y solucionar carencias materiales relacionadas con su vivienda; necesidades que se conectan con los miedos a enfermar o la muerte de familiares. Haber padecido la enfermedad la lleva a configurar un temor al rechazo social, de modo que pierdan el servicio de alquiler de la casa donde viven. Los malestares emergen de las relaciones con los adultos en la familia (figura 70).

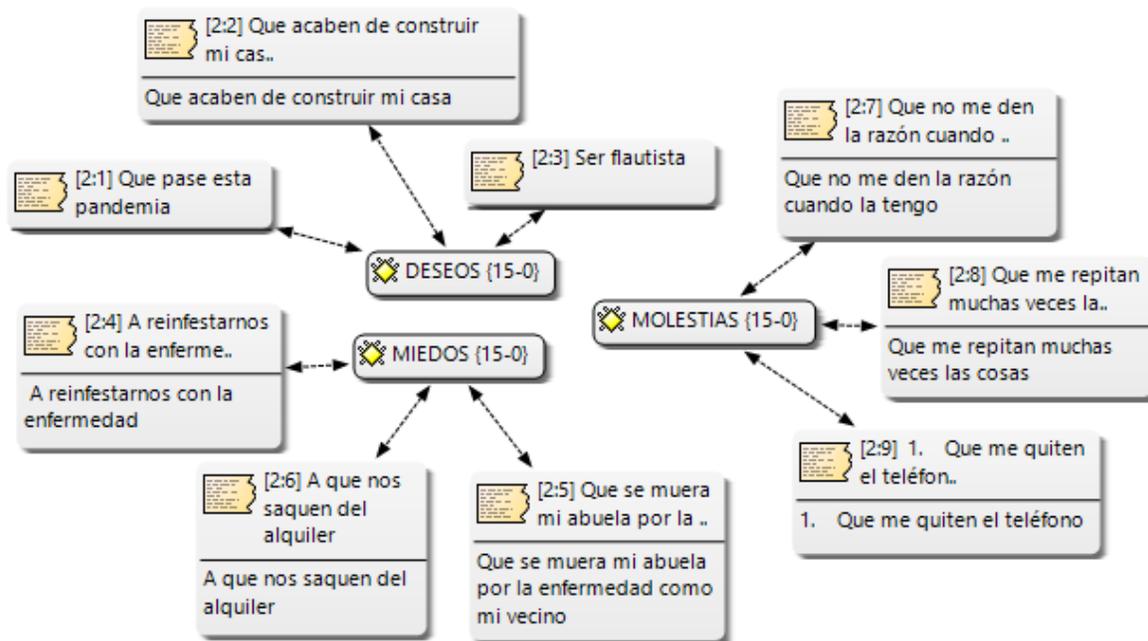


Figura 70. *Deseos, miedos y molestias del sujeto 4 (adolescente 4) que ilustran los principales síntomas clínico-psicológicos sentidos. Elaboración de los autores, 2021*

Del análisis realizado al afrontamiento del sujeto 2 respecto a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran las funciones de relación (preocupaciones, retraimiento y sobreconsumo de tecnologías), cognoscitivas (preocupaciones), afectivas (ansiedad, depresión, irritabilidad, miedo y tristeza), y conativas (conducta evitativa y sobreconsumo de tecnología). En el orden nosográfico no se diagnosticó patología psiquiátrica establecida, ya que los síntomas se enmarcaron solo en el momento del ingreso, fueron de corta duración y poca intensidad, desapareciendo al egreso hospitalario de la paciente. El riesgo suicida asociado se identificó a partir de los antecedentes patológicos personales de intento suicida anterior (figura 71).

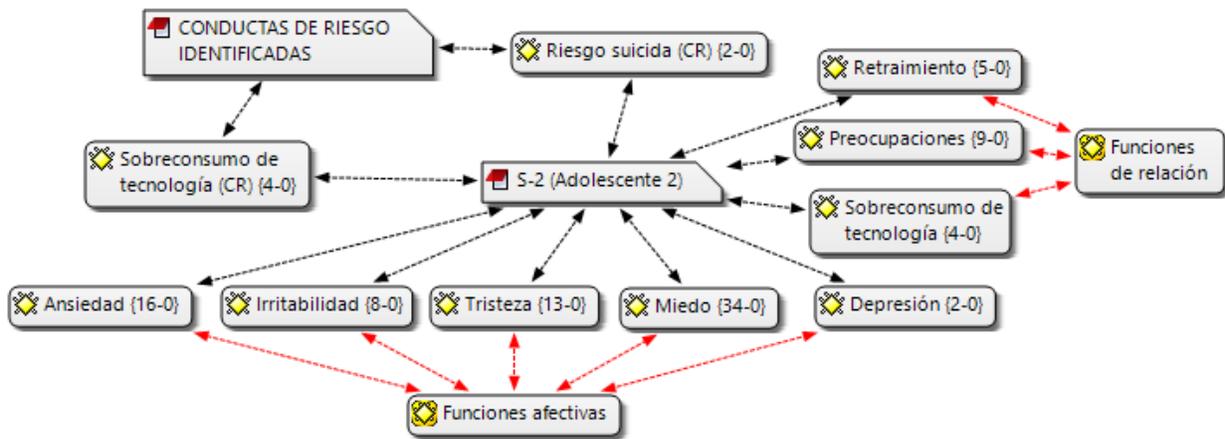


Figura 71. Configuración subjetiva de signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 2 (adolescente 2). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 5** estudiado es una adolescente de sexo femenino de 15 años de edad que integra una familia extensa, formada, además, por la madre, el padre y la abuela. Es una familia funcional, de ingresos medios-altos, que vive en una vivienda de buenas condiciones.

La cuidadora dedica al cuidado de la hija todo el día, con ella ve la televisión y realiza actividades domésticas. Sus preocupaciones están relacionadas con el temor a nuevo contagio y el manejo adecuado de la conducta de la adolescente (figura 72).

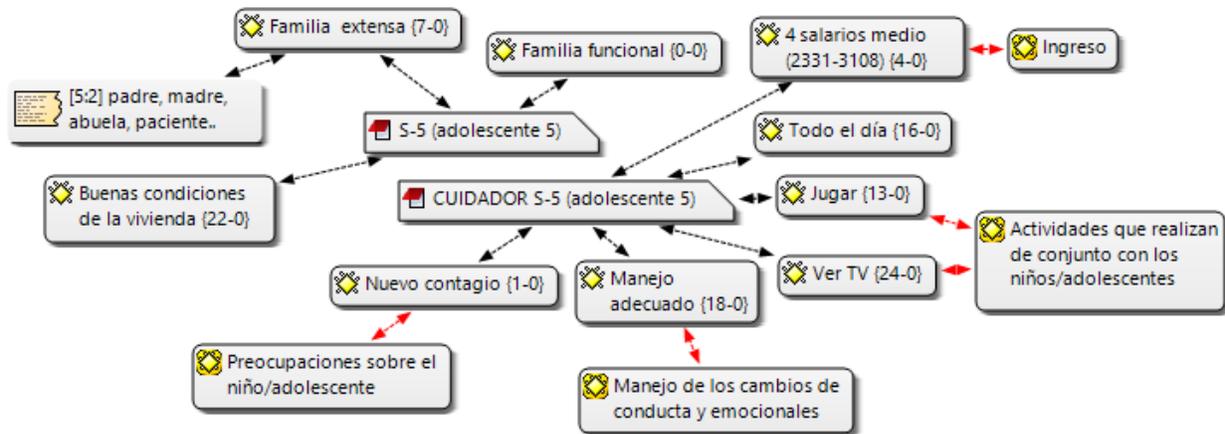


Figura 72. Familia y contexto de vida del sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

La noticia que le informó sobre la positividad al virus y la experiencia de estar enferma o sufrir daños, desencadenaron en la adolescente síntomas clínico-psicológicos de ansiedad, miedo y tristeza. Reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad como la autoapreciación de cualidades positivas y la búsqueda de significados a los acontecimientos vividos; en cambio, no precisó provisiones y fuentes de apoyo social (figura 73).

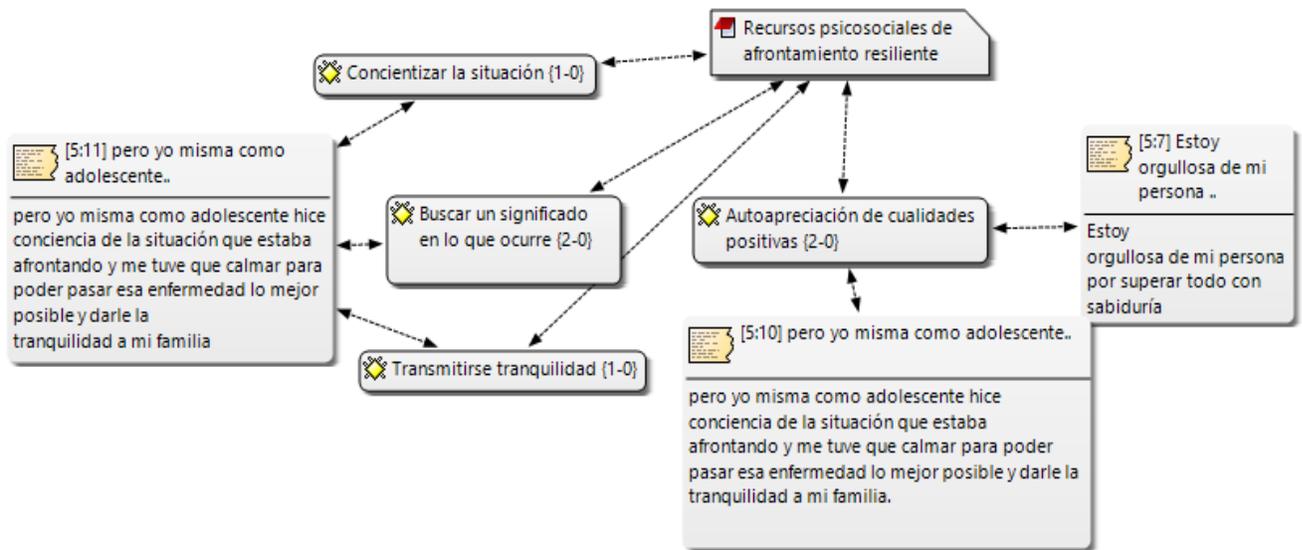


Figura 73. Fragmentos de la composición que evidencian los recursos psicossociales de afrontamiento resiliente del sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Los miedos refieren el temor a las secuelas de la enfermedad. El proyecto profesional se conecta desde las necesidades y los miedos, los malestares aluden a las relaciones con los adultos (figura 74).

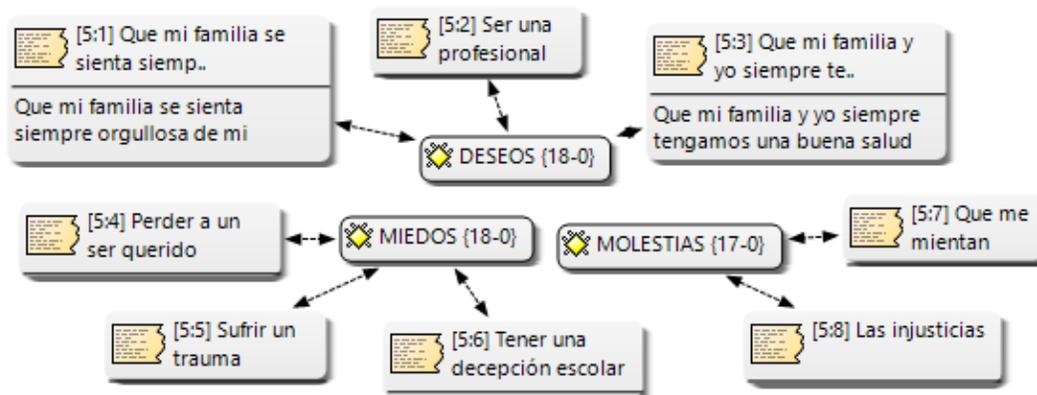


Figura 74. Deseos, miedos y temores del sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 5 respecto a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran a las funciones afectivas (ansiedad, tristeza y miedo) y conativas (pesadillas). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica dada la brevedad y poca intensidad de los síntomas referidos, solo al momento del ingreso, así como la capacidad de resiliencia de la adolescente (figura 75).

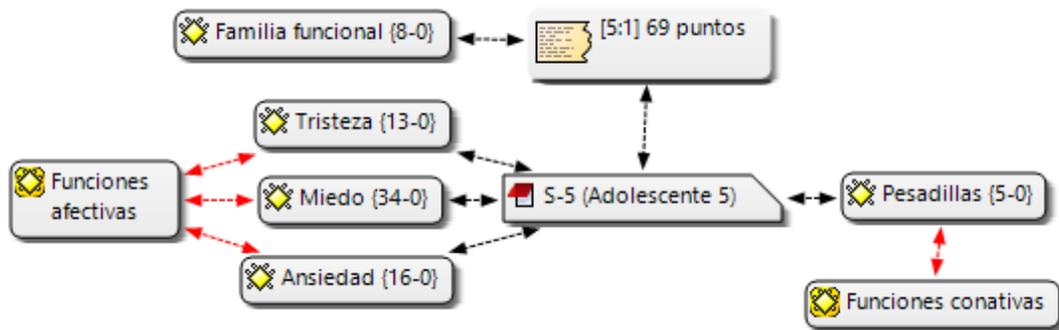


Figura 75. Síntomas clínico-psicológicos sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 6** estudiado es una adolescente del sexo femenino de 15 años de edad que integra una familia reensamblada, formada, además, por la madre y el padrastro. Es una familia funcional, de ingresos bajos, que vive en una vivienda de buenas condiciones.

La cuidadora dedica al cuidado de la hija todo el día, con ella ve la televisión y realiza actividades domésticas. Sus preocupaciones están relacionadas con padecimientos de salud de la adolescente y su capacidad para manejar adecuadamente la conducta de su hija. De este modo sus necesidades de ayuda se concretan en la demanda de apoyo médico (figura 76).

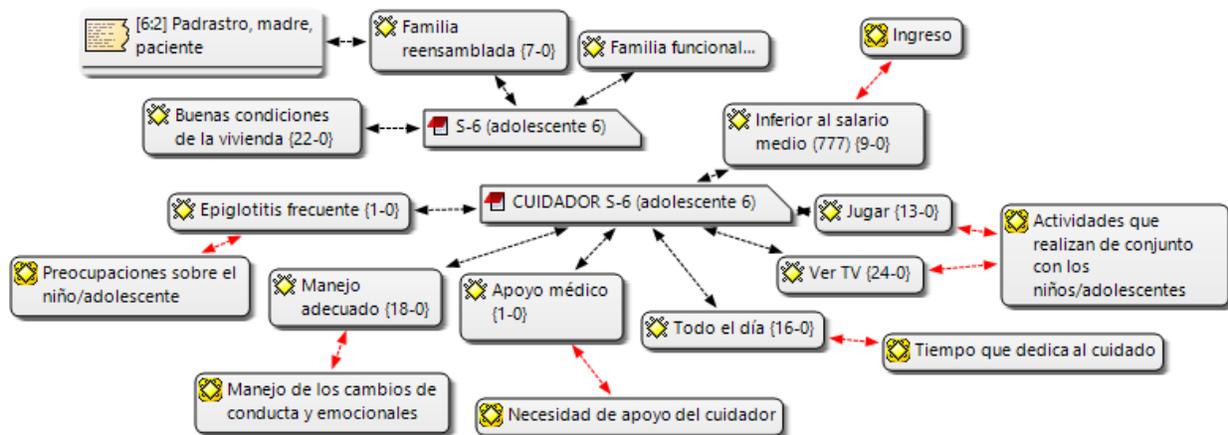


Figura 76. Familia y contexto de vida del sujeto 6 (adolescente 6). Elaboración de los autores, 2021

El daño o pérdida de las figuras de mayor apego generó en la adolescente miedo. Aunque no reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido fundamentalmente por la familia y los amigos.

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización, e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Como adolescente impactada por la enfermedad coloca sus necesidades en la preservación de la salud familiar y la concreción de proyectos personales. Reveló miedos a secuelas de la enfermedad o enfermar ella

o su familia. Sus malestares visualizan las tensiones con las normas de convivencia de la nueva normalidad y el rechazo de los coetáneos (figura 77).

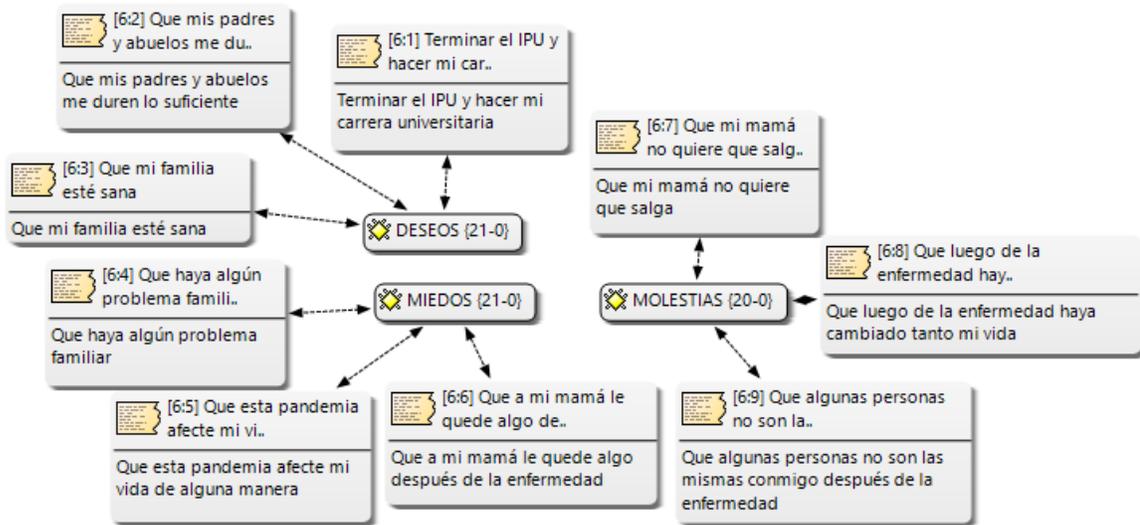


Figura 77. Deseos, miedos y molestias del sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 6 respecto a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran a las funciones de relación (retraimiento) y afectivas (ansiedad, irritabilidad, miedo, sentimientos de culpa y tristeza). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica (figura 78).

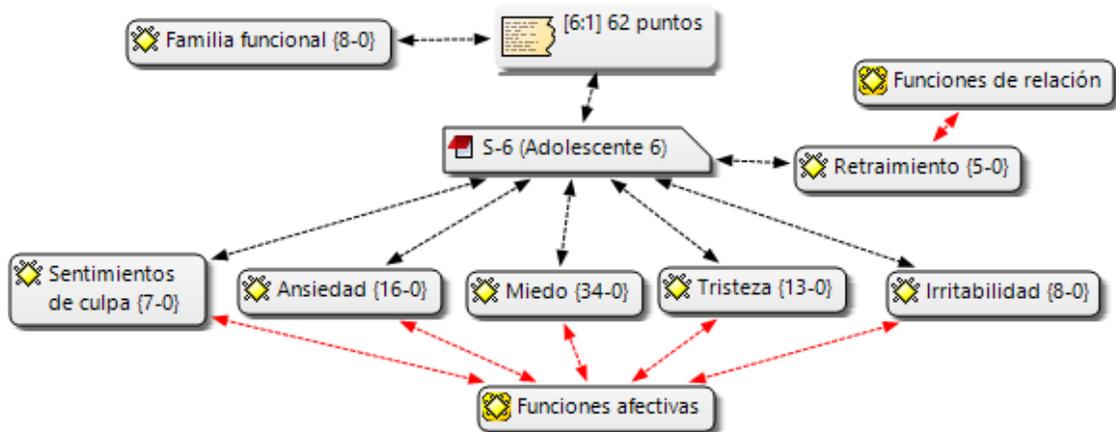


Figura 78. Configuración subjetiva de la sintomatología psicológica del sujeto 6 (adolescente 6). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 7** estudiado es una adolescente, femenina, de 17 años de edad que integra una familia nuclear, formada, además, por la madre, el padre y el hermano. Es una familia disfuncional, de bajos ingresos, que vive en una vivienda de buenas condiciones donde la adolescente comparte habitación con el hermano. La cuidadora reportó que comparten actividades domésticas y ver la televisión. Refirió malestar psicológico asociado a inestabilidad emocional ante la conducta de la

adolescente, aunque considera que logra manejar adecuadamente las situaciones de vida (figura 79).

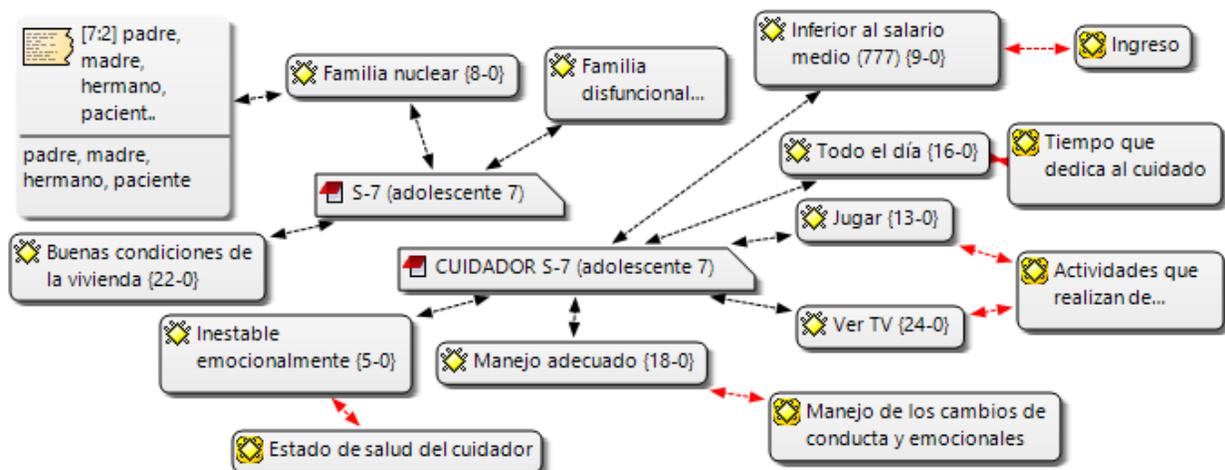


Figura 79. Familia y contexto de vida del sujeto 5 (adolescente 5). Elaboración de los autores, 2021

El daño o pérdida de las figuras de mayor apego se vive en la adolescente como miedo. Aunque no reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido, fundamentalmente por la familia y los amigos. Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización y agradeció al sistema de salud. La convalecencia de la enfermedad es subjetivada proyectando sus necesidades en la preservación de la salud personal y la compañía de familiares que no conviven en el hogar. Sus malestares reflejan insatisfacciones en las relaciones con los adultos (figura 80).

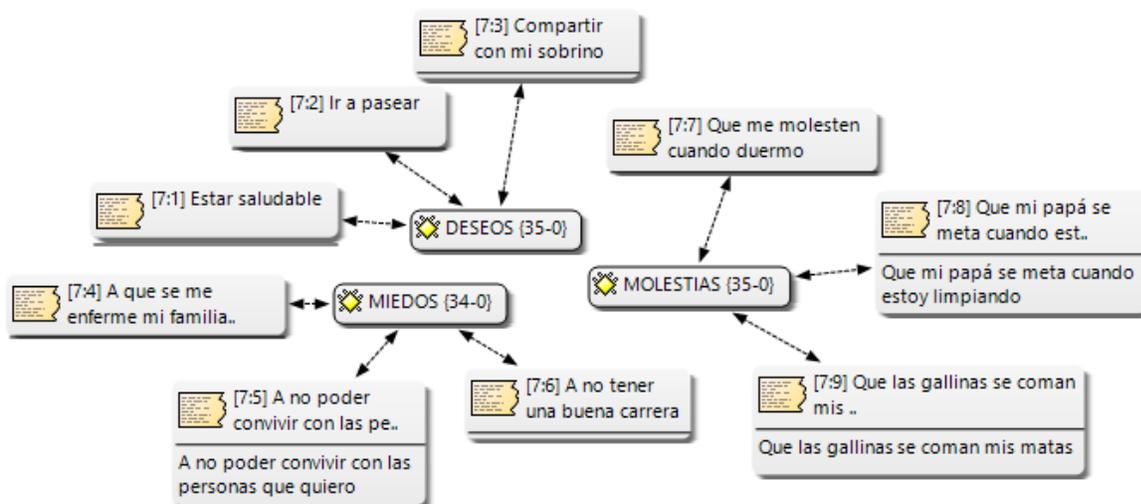


Figura 80. Deseos, miedos y molestias del sujeto 7 (adolescente 7). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 7 (figura 81) a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran a las funciones de relación (baja tolerancia a las frustraciones, inmadurez emocional, inseguridad, preocupaciones, rasgos obsesivos y sobreconsumo de tecnología), afectivas (ansiedad y miedo) y conativas (impulsividad).

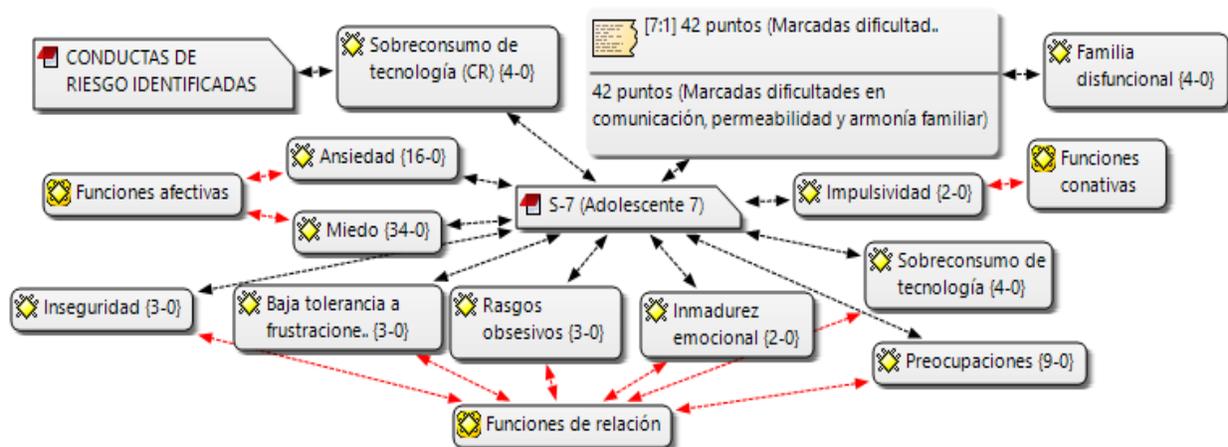


Figura 81. Configuración subjetiva de signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 7 (adolescente 7). Elaboración de los autores, 2021

En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica, solo síntomas aislados de breve duración y poca intensidad.

El **sujeto 8** estudiado es una adolescente, femenina, de 17 años de edad que integra una familia nuclear, formada, además, por la madre, el padre y el hermano. Es una familia funcional, de ingreso medio-alto, que vive en una vivienda de buenas condiciones (figura 82).

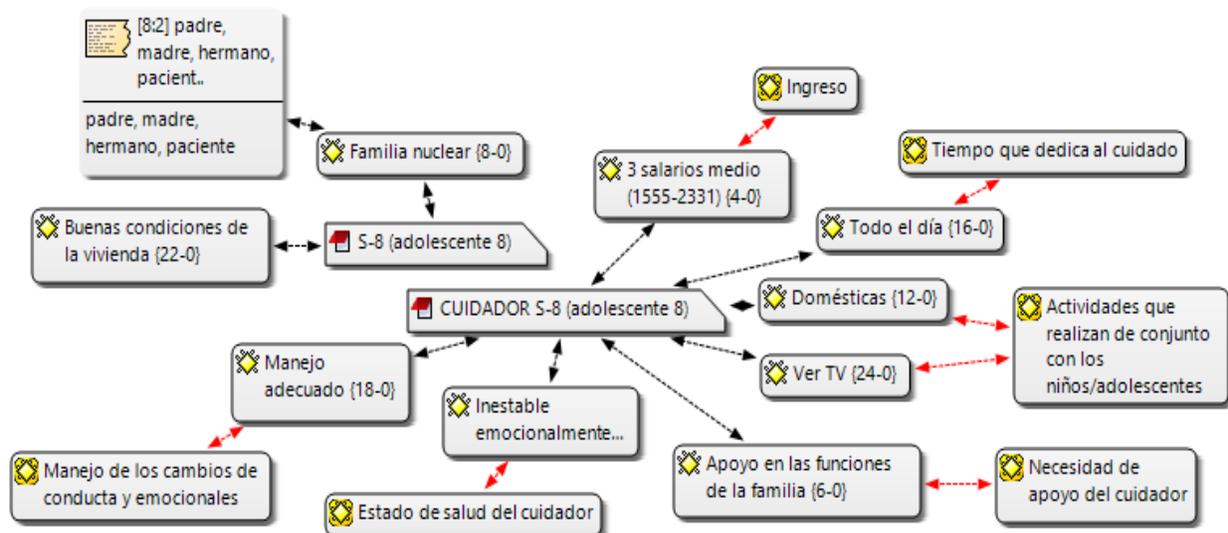


Figura 82. Familia y contexto de vida del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

La cuidadora expresó dedicar todo el día para el cuidado de la adolescente. Reportó que comparten actividades domésticas y ver la televisión. Refirió malestar psicológico asociado a inestabilidad emocional ante la conducta de la adolescente, por lo que demanda apoyo de la familia en el cumplimiento de sus funciones (figura 82).

La separación del hogar, de las figuras de mayor apego, provocó en la adolescente miedo. Aunque no reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido fundamentalmente por la familia, los amigos y los vecinos.

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización, e hizo alusión a su redefinición del sentido de la vida. Los deseos expresados proyectan sus necesidades de apego y preservación de la salud, lo cual se conecta con el miedo a enfermar. Los malestares reflejan sus contradicciones relacionales con el contexto social en que vive (figura 83).

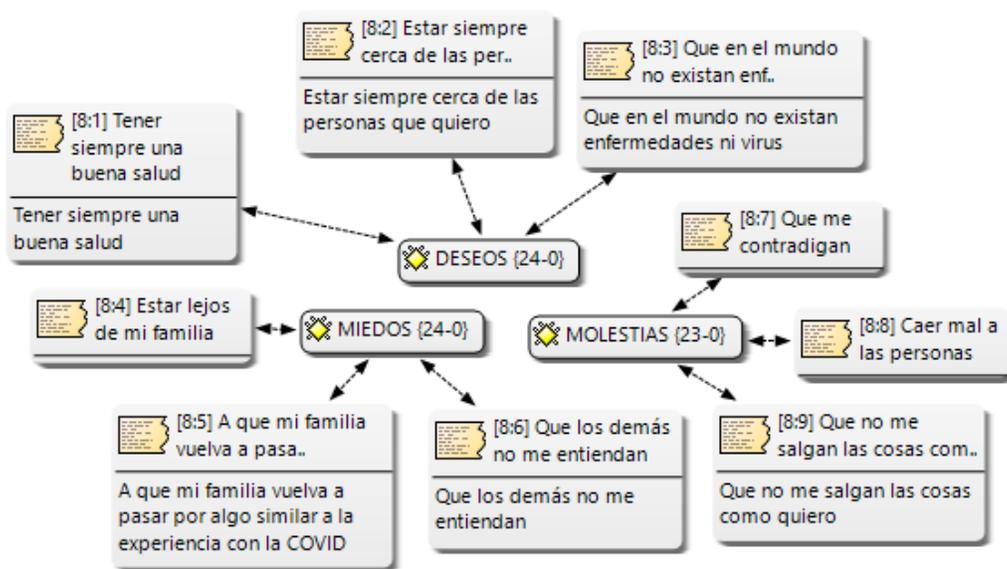


Figura 83. Deseos, miedos y molestias del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 8 a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran a las funciones de relación (preocupaciones y rebeldía), afectivas (miedo) y conativas (pesadillas). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica (figura 84).

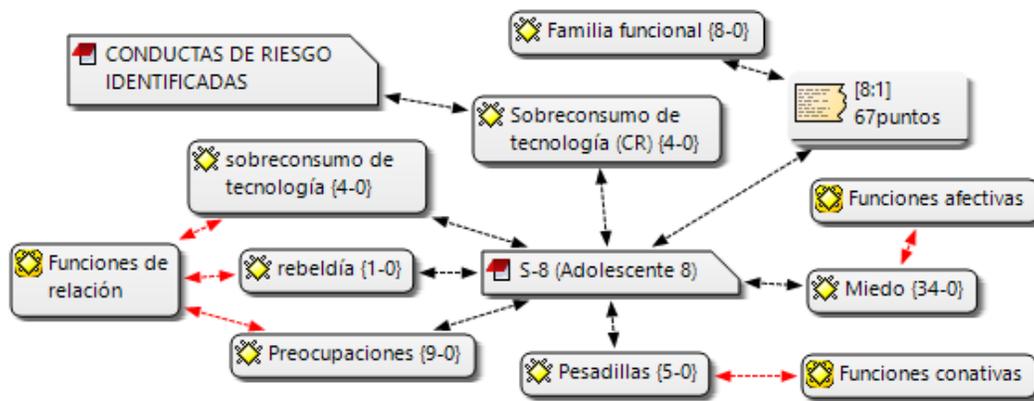


Figura 84. Configuración subjetiva de los signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 9** estudiado es una adolescente femenina de 13 años de edad. Integra una familia nuclear, formada, además, por la madre y el padre; disfuncional, de ingresos medio, que vive en una vivienda de buenas condiciones. La adolescente duerme en la habitación de los padres.

La cuidadora expresó dedicar 18 horas al día para el cuidado de la adolescente, o sea, el tiempo posterior a la actividad laboral, donde comparten actividades domésticas y ver la televisión. Refirió malestar psicológico asociado a estrés en las actuales condiciones de vida y, aunque considera que maneja adecuadamente la conducta de la adolescente, le preocupa la etapa del desarrollo que vive su hija (figura 85).

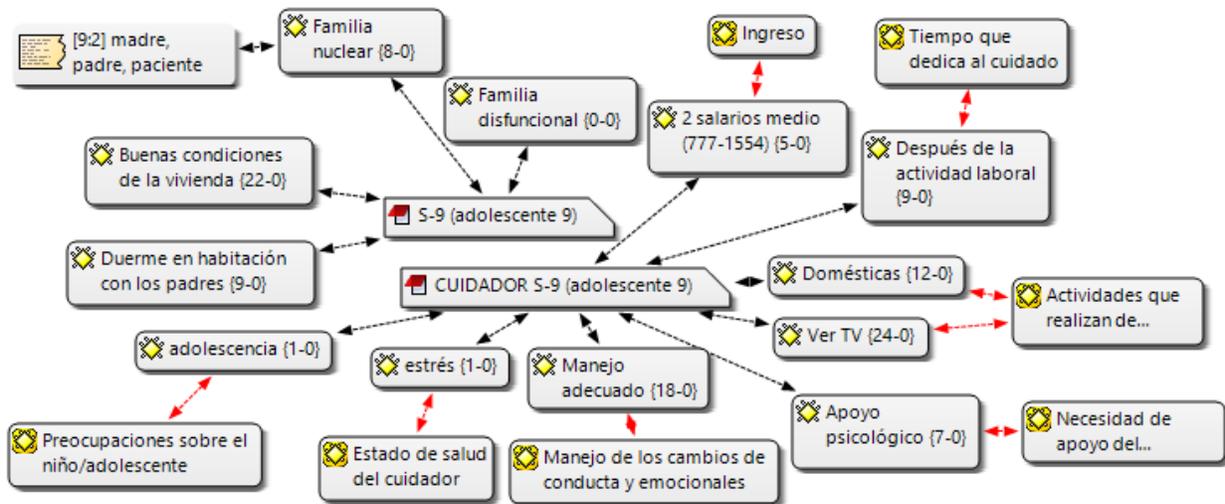


Figura 85. Familia y contexto de vida del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

La separación del hogar, la preocupación por el daño o pérdida de las figuras de mayor apego y la experiencia de estar enferma o sufrir daño, provocaron en la adolescente malestares psicológicos asociados a la aparición de síntomas clínico-psicológicos de miedo, preocupación y tristeza. No reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad; tampoco

precisó provisiones y fuentes de apoyo social. Evaluó de bueno el trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización.

Los deseos expresados por la adolescente proyectan su necesidad de preservación de la salud, la cual se conecta con el miedo a la enfermedad y muerte de sus familiares. Los malestares reflejan sus contradicciones relacionales con los adultos (figura 86).

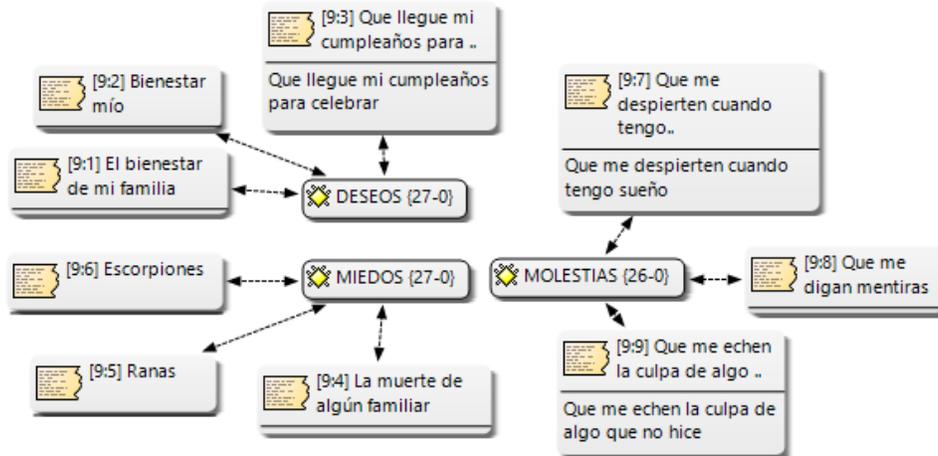


Figura 86. Deseos, miedos y molestias del sujeto 9 (adolescente 9). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 9 a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran a las funciones de relación (baja tolerancia a las frustraciones, inseguridad, preocupaciones y rasgos obsesivos), afectivas (ansiedad, irritabilidad, miedo y tristeza) y conativas (impulsividad). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica dada la corta duración y poca intensidad de los síntomas que no logran cumplir con pautas diagnósticas establecidas para establecer un trastorno según DSM-5 (figura 87).

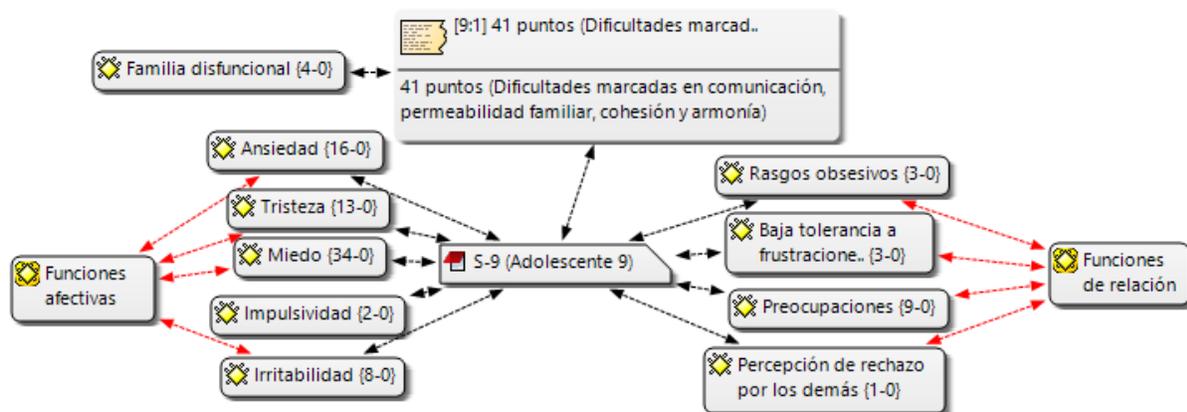


Figura 87. Configuración subjetiva de los signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 9 (adolescente 9). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 10** estudiado es una adolescente del sexo femenino de 15 años de edad, que integra una familia reensamblada formada, además, por la madre y el padrastro. Es una familia funcional, de ingresos medios-altos, que vive en una vivienda de buenas condiciones. La cuidadora comparte con su hija las actividades domésticas y ver la televisión. Refirió sentirse emocionalmente inestable en las actuales condiciones de vida, aunque considera que maneja adecuadamente la conducta de la adolescente. Su principal preocupación es la salud de su hija (figura 88).

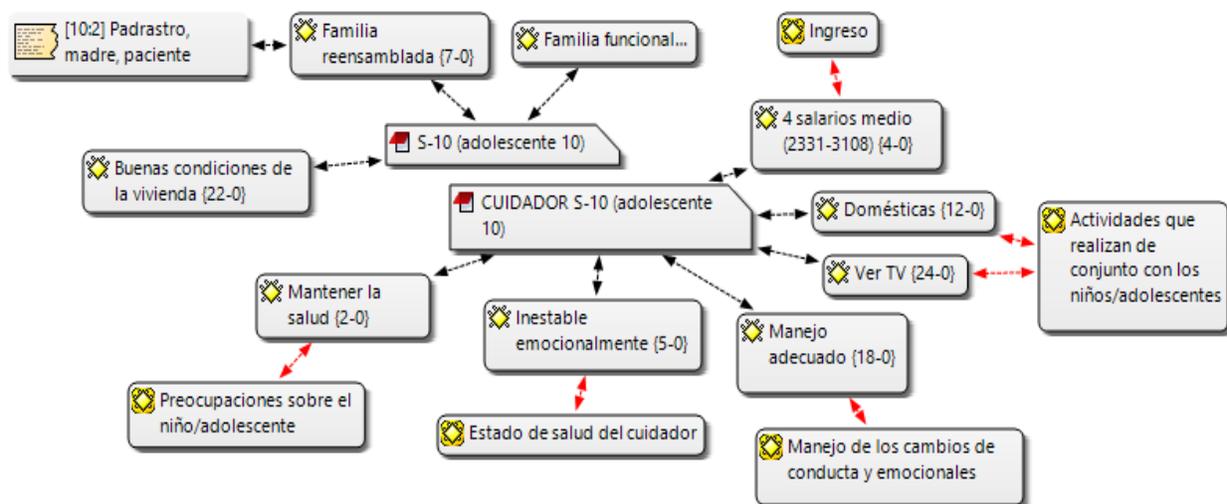


Figura 88. Familia y contexto de vida del sujeto 10 (adolescente 10). Elaboración de los autores, 2021

La situación de la enfermedad y la hospitalización determinó en la adolescente la aparición de síntomas clínico-psicológicos como tristeza y anorexia. Reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, como la flexibilidad en la vida hospitalaria, y logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido fundamentalmente por la familia y los amigos.

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Los deseos expresados proyectan su necesidad de preservación de la salud, lo cual se ha convertido en un proyecto profesional. Los miedos contienen su temor a la separación de las personas de mayor apego y los malestares reflejan sus contradicciones relacionales con los adultos (figura 89).

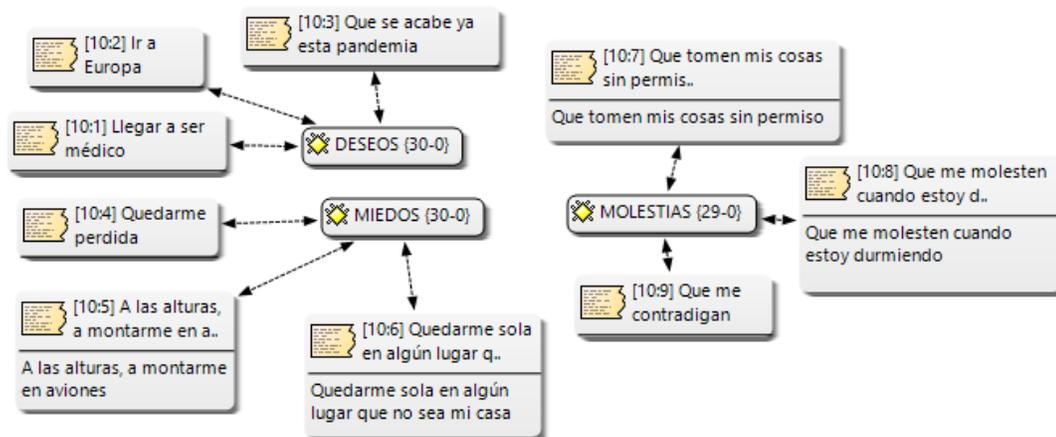


Figura 89. Deseos, miedos y molestias del sujeto 10 (adolescente 10). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 10 a la enfermedad COVID-19 se aprecian alteraciones psicológicas que involucran las funciones de relación (voluntarismo), afectivas (ansiedad, irritabilidad, miedo y tristeza) y conativas (anorexia y pesadillas). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica ante el poco tiempo de evolución de los hallazgos clínico-psicológicos encontrados y poca intensidad de los mismos (figura 90).

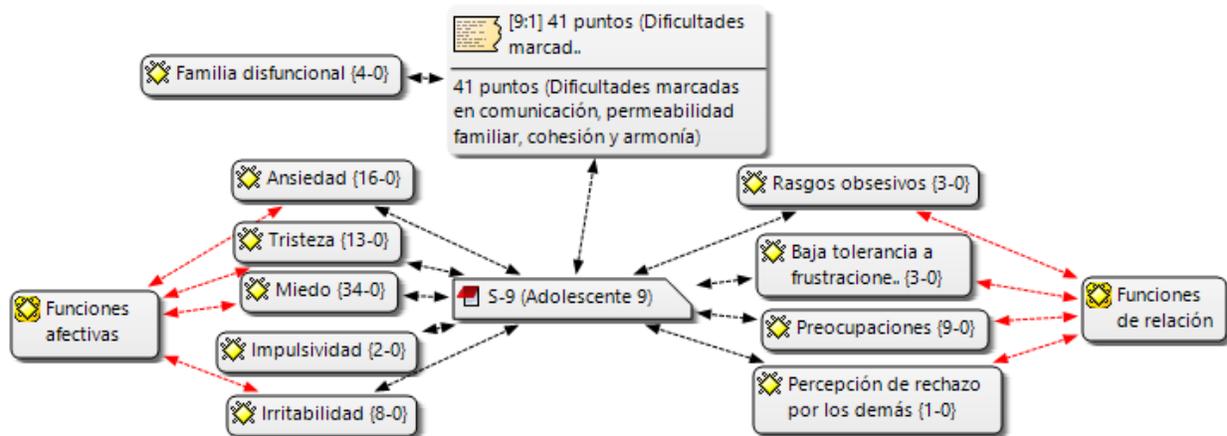


Figura 90. Configuración subjetiva de los signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 10 (adolescente 10). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 12** estudiado es una adolescente femenina de 13 años de edad que integra una familia reensamblada formada, además, por la madre y el padrastro. Es una familia disfuncional, de ingresos medios, que vive en una vivienda de buenas condiciones. La cuidadora comparte con su hija las actividades domésticas y ver la televisión, y considera que maneja adecuadamente la conducta de la adolescente. Su principal demanda de ayuda está vinculada al apoyo en las funciones de la familia (figura 91).

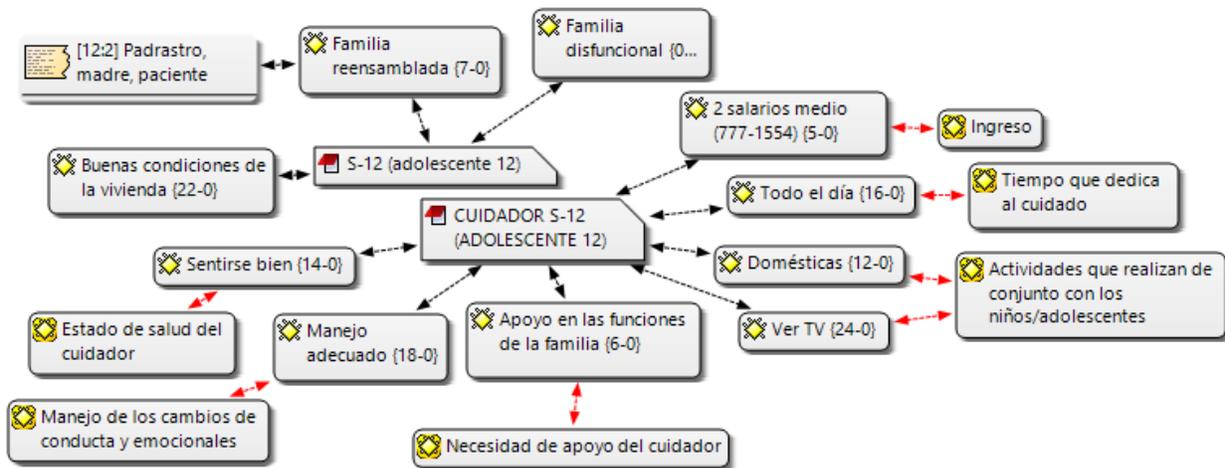


Figura 91. Familia y contexto de vida del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

La separación del hogar, de las figuras de mayor apego y la experiencia de estar enferma o sufrir daños, condicionaron la aparición de síntomas clínico-psicológicos como el miedo y la ansiedad. Reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, como la flexibilidad en la vida hospitalaria, y logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido fundamentalmente por la familia y los demás pacientes.

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización, e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Es una adolescente con deseos de preservación de la salud (fin de la pandemia), lo cual se conecta con el temor por la prolongación de la enfermedad (único miedo expresado). Los malestares expresan sus insatisfacciones en las relaciones con los adultos en el contexto familiar (figura 92).

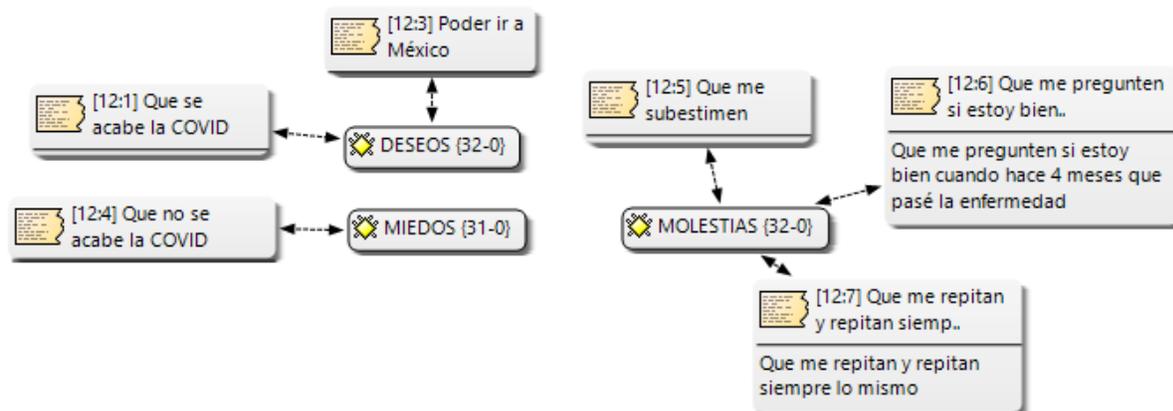


Figura 92. Deseos, miedos y molestias del sujeto 12 (adolescente 12). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento del sujeto 12 respecto a la enfermedad COVID-19 se aprecian alteraciones psicológicas, que involucran a las funciones de relación (rasgos obsesivos y sobreconsumo de

tecnológicas) y afectivas (ansiedad, irritabilidad, miedo y sentimientos de culpa). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna patología psiquiátrica (figura 93).

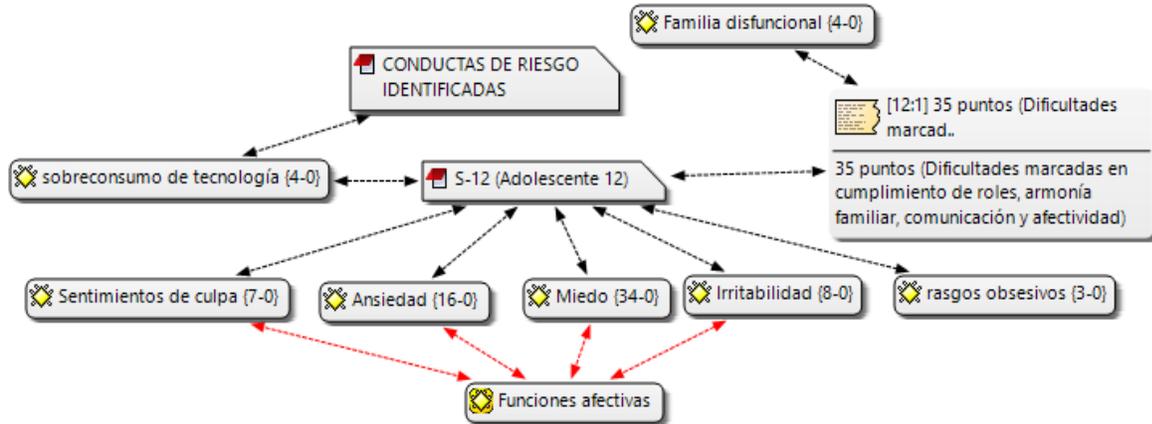


Figura 93. Configuración subjetiva de los signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 10 (adolescente 10). Elaboración de los autores, 2021

El **sujeto 13** estudiado es un adolescente del sexo masculino de 16 años de edad, que integra una familia nuclear formada, además, por la madre, el padre y el hermano. Es una familia funcional, de ingresos medios, que vive en una vivienda de buenas condiciones. La cuidadora comparte con su hijo juegos y ver la televisión. Considera que maneja adecuadamente la conducta de la adolescente. Su principal demanda de ayuda está vinculada al apoyo en las funciones de la familia (figura 94).

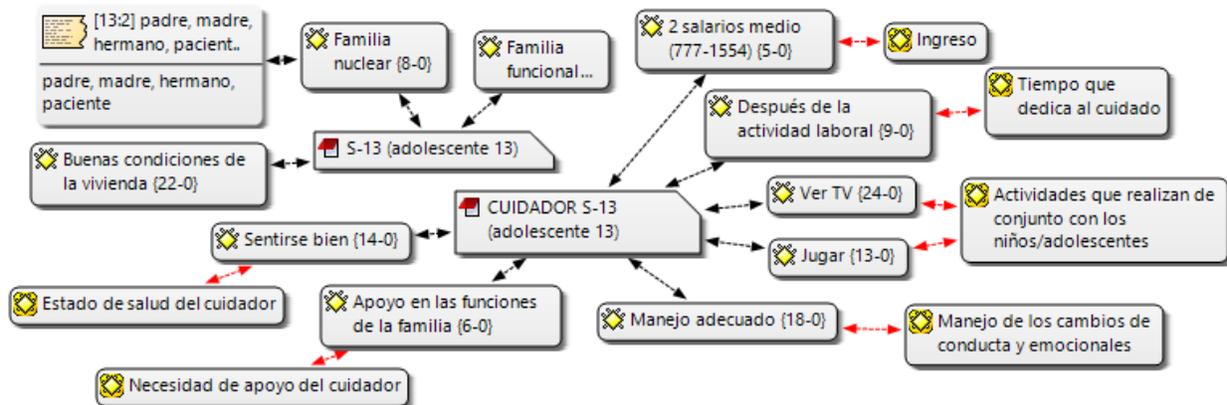


Figura 94. Familia y contexto de vida del sujeto 8 (adolescente 8). Elaboración de los autores, 2021

La separación del hogar, de las figuras de mayor apego, y la experiencia de estar enfermo o sufrir daños, provocaron en el adolescente malestar psicológico a partir de la aparición de miedo. Aunque no reveló recursos psicosociales de afrontamiento resiliente a la enfermedad, logró precisar provisiones y fuentes de apoyo social que se ajustan al apoyo emocional recibido fundamentalmente por el personal de la salud.

Refirió un buen trabajo de los médicos durante todo el tiempo transcurrido en la etapa de hospitalización, e hizo alusión a su agradecimiento al sistema de salud. Es un adolescente que desea obtener sus metas profesionales (carrera universitaria, ascenso en el deporte). Presenta temores a las secuelas o pérdidas por la enfermedad, y a los animales (figura 95).



Figura 95. Deseos, miedos y molestias del sujeto 13 (adolescente 13). Elaboración de los autores, 2021

En el afrontamiento psicológico del sujeto 13 a la enfermedad COVID-19 se aprecian aspectos esenciales de la propedéutica psiquiátrica que involucran las funciones de relación (baja autoestima e inseguridad) y afectivas (ansiedad y miedo). En el orden nosográfico no se logró constatar ninguna afección (figura 96).

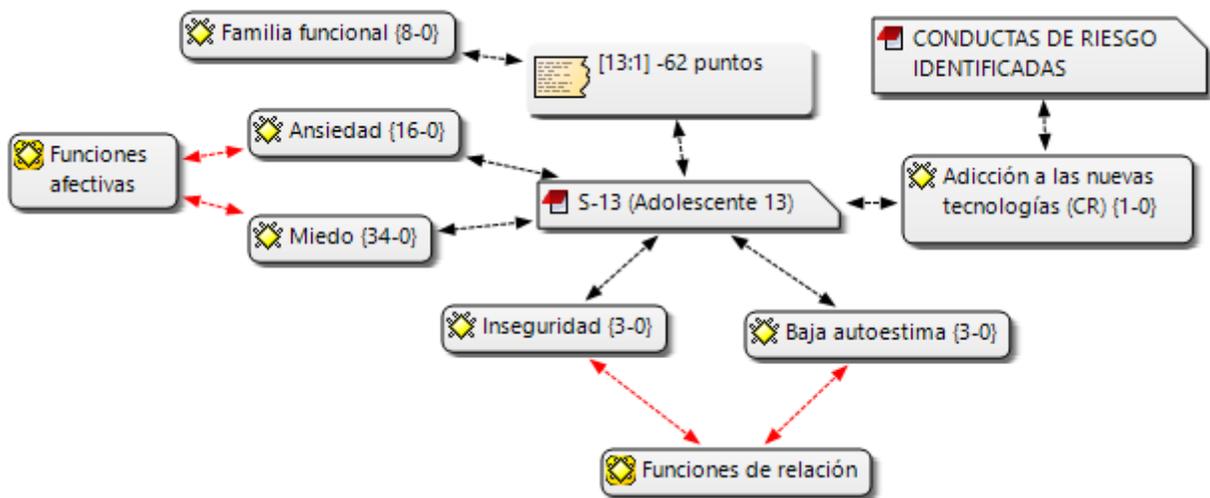


Figura 96. Configuración subjetiva de signos y síntomas clínico-psicológicos del sujeto 13 (adolescente 13). Elaboración de los autores, 2021

Conclusiones del estudio del afrontamiento psicológico de adolescentes convalecientes a la COVID-19

1. El afrontamiento psicológico de adolescentes que enfermaron de COVID-19 se caracterizó por manifestaciones clínico-psicológicas de miedo, ansiedad, tristeza e irritabilidad, la valoración positiva del trabajo del personal de salud, la limitada movilización de recursos resilientes, y la escasa percepción de apoyo social.

2. La rehabilitación en contextos de vida cotidiana se afrontó desde la preocupación por el proyecto de formación profesional, la necesidad de seguridad y protección puestas en el fin de la pandemia, la preservación de la salud personal y familiar, y la compañía de los familiares que viven en el hogar; lo cual está conectado con la preocupación por la muerte de personas de mayor apego y volver a enfermar de la COVID-19. Asimismo, se vive a través de comportamientos de rebeldía propios de las crisis evolutivas del desarrollo subjetivo expresadas principalmente en desacuerdos, protestas y malestares en las relaciones con los adultos.
3. En las familias con un funcionamiento disfuncional predominan las dificultades de comunicación y armonía.
4. En 4 adolescentes se diagnosticó patología psiquiátrica y fueron identificadas conductas de riesgo referidas al suicidio, el sobreconsumo de tecnología y la adicción a las nuevas tecnologías.

HALLAZGOS Y DESAFÍOS: LECTURAS DEL AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE ENFERMARON DE COVID-19

Hallazgos clínico-psicológicos en los niños y adolescentes estudiados

Las funciones psíquicas más afectadas fueron las funciones afectivas en 23 niños y adolescentes (92 %), codificadas en 123 ocasiones, seguidas de las funciones conativas y las funciones de relación en 21 de los sujetos (84 %), codificadas en 59 y 54 ocasiones respectivamente (figura 97). La afectación emocional encontrada es ligeramente superior a los resultados en la muestra estudiada por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), donde se constató en el 81.8 %. Asimismo, se coincide en que, a pesar del impacto emocional, ningún niño llega a desorganizarse totalmente a nivel de procesos cognitivos, aunque un niño y un adolescente tuvieron alteraciones discretas en atención y memoria. Este resultado indica respuestas adaptativas resilientes en el proceso de afrontamiento psicológico.

El grupo etario más afectado corresponde a los niños de 5-11 años de edad, lo cual difiere, en parte, de lo encontrado por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), con muestra en la provincia de La Habana, donde los adolescentes estaban más afectados emocionalmente. En el estudio con muestra de la provincia de Villa Clara, el grupo etario de 5-11 años de edad y los adolescentes están afectados emocionalmente de forma similar, pero los niños tienen una mayor afectación de las funciones conativas y las funciones de síntesis o integración.

Según las funciones psíquicas más afectadas podemos caracterizar el afrontamiento por grupos etarios. Los niños en edades entre 5 meses y 3 años reportaron, principalmente, alteraciones dentro de las funciones conativas; los niños en edades entre 5-11 años en las funciones conativas, afectivas y de relación, y los adolescentes, síntomas con respecto a las funciones afectivas y las funciones de relación.

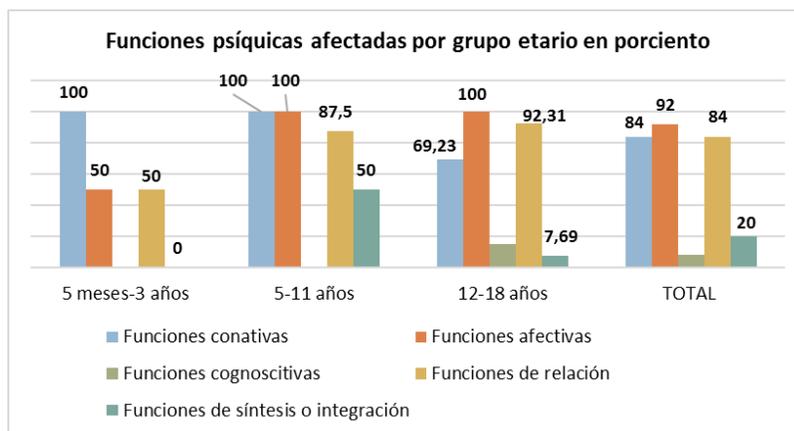


Figura 97. Funciones psíquicas afectadas por grupo etario. Los resultados aparecen en por ciento. Elaboración de los autores, 2021

Ansiedad, miedo, irritabilidad, exceso de apego al cuidador principal, hipercinesia e insomnio, fueron las alteraciones clínico-psicológicas que se expresaron en todos los niños y adolescentes, predominando, por el número de sujetos que los vivenció, la triada ansiedad, miedo, irritabilidad (Figura 98).

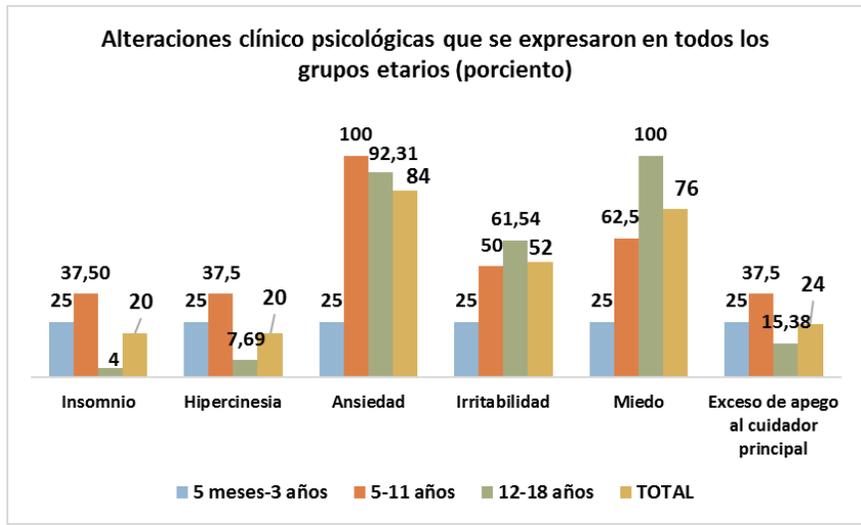


Figura 98. Alteraciones clínico-psicológicas que se vivenciaron en todos los grupos etarios. Elaboración de los autores, 2021

Ahora bien, atendiendo a su frecuencia de expresión, en los niños y adolescentes predominaron, en ese orden, las alteraciones clínico-psicológicas de ansiedad, miedo, tristeza, irritabilidad, preocupación y pesadillas. Aunque la ansiedad, el miedo y la tristeza son los síntomas clínico-psicológicos más sentidos, su orden de prevalencia es diferente entre niños y adolescentes. En los niños en edades entre 5-11 años el síntoma que más se vivenció fue la ansiedad, seguido de la tristeza y el miedo; mientras en los adolescentes el más sentido fue el miedo, seguido de la ansiedad y la tristeza (Figura 99).

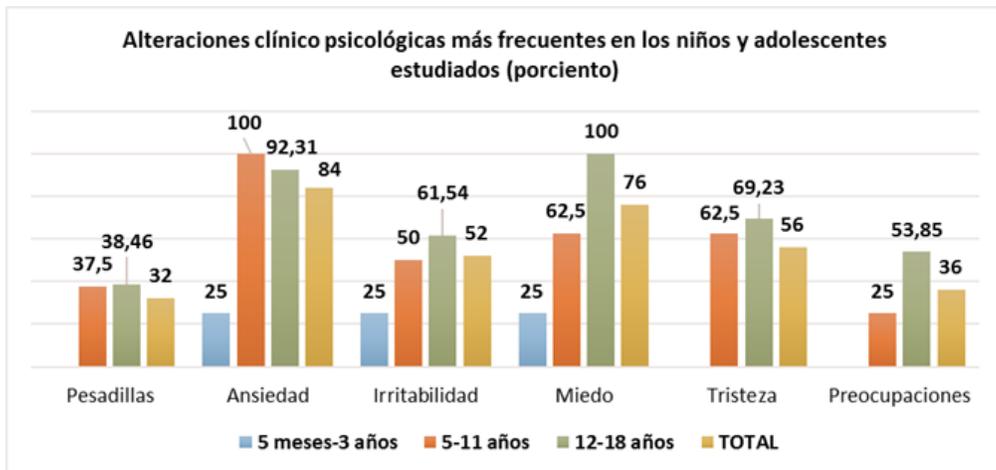


Figura 99. Síntomas clínico-psicológicos más frecuentes en niños y adolescentes. Elaboración de los autores, 2021.

Con respecto al estudio realizado por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), existe coincidencia con la irritabilidad y las alteraciones del sueño como síntomas identificados entre los de mayor frecuencia (24 %). En el presente estudio las pesadillas se expresaron en el 32 % de la muestra, siendo, al igual que las alteraciones del sueño, inferior al 60.2 % encontrado por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2020) en una investigación sobre los efectos del aislamiento físico en niños y adolescentes cubanos. Por el contrario, la irritabilidad sí se expresó en un mayor número de sujetos en la presente investigación (52 %).

Por su parte, la conducta rebelde, el sobreapego y la inapetencia, conformaron los otros síntomas más frecuentes identificados por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), que, aunque también fueron develados en la presente investigación, no se encuentran entre los más sentidos. Por el contrario, el miedo, la ansiedad, la tristeza y las preocupaciones son los que devienen síntomas cardinales en la investigación realizada con muestra de la provincia de Villa Clara.

Necesidades, temores y malestares

El principal contenido de las necesidades de los niños y los adolescentes hace referencia a la preservación de la salud, presente en 15 de los 21 sujetos a los que se aplicó el instrumento, el cual enfatiza en la salud personal y familiar, el fin de la pandemia y en vacunarse. Para los adolescentes, en orden de importancia, emergió el logro de sus proyectos personales vinculados a la carrera universitaria, mientras en los niños de 5-11 años es la recuperación de las rutinas, como el juego.

El temor más sentido es la preocupación a secuelas, enfermar o morir ellos mismos o sus familiares. Todos los niños reportaron miedo a situaciones que se viven como peligrosas, en particular a los animales y la oscuridad, y permanecer fuera de la casa o separados de las personas de mayor apego.

Las relaciones con los adultos son la fuente más reconocida de malestar, tanto en los niños como en los adolescentes, lo que revela las tensiones que acompañan el proceso de rehabilitación y confinamiento en casa; asimismo las relaciones con otros niños y adolescentes constituyen también una importante fuente de malestar. Estos resultados coinciden con los encontrados por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), quienes identificaron como segundo tipo de contenido de mayor presencia en su muestra los conflictos con otros niños y familiares, que pueden llegar a implicar algún nivel de maltrato.

Es un afrontamiento que aparece en el plano subjetivo conectando el temor a enfermar, las secuelas y la muerte con la necesidad de preservar la salud, en un ambiente familiar donde las relaciones con los adultos generan malestares en la convivencia (figura 100).

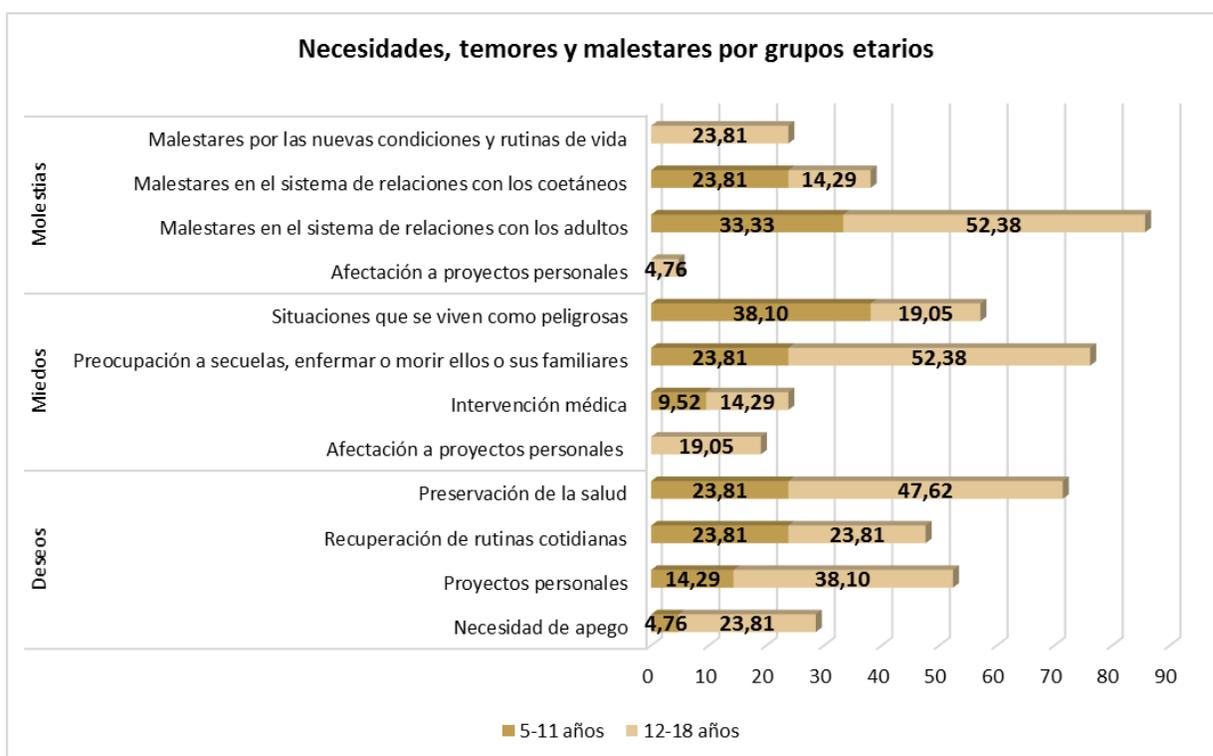


Figura 100. *Deseos, miedos y molestias según grupos etarios. Elaboración de los autores, 2021*

Al igual que en el estudio realizado por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), el principal contenido revelado guarda relación con el hecho de haber padecido la enfermedad y su temor a la misma, donde los niños expresaron deseos de que ellos y sus familias mantengan buena salud y anhelan que la COVID-19 termine.

A diferencia de ese estudio con población habanera, en la presente investigación, el temor a los procedimientos médicos y las necesidades de apego no están entre los principales contenidos, recibiendo las frecuencias más bajas de los miedos y los deseos respectivamente. Del mismo modo se difiere del estudio de García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021) en la representación de la necesidad de juego, diversión y socialización, expresada solo en 7 respuestas de los infantes. En el presente estudio la categoría empleada fue recuperación de rutinas diarias, la cual alcanza un 62 % de expresión en los niños e incluye jugar y recibir juguetes en 5 de ellos, a lo que se une el deseo de comienzo del curso escolar. En los adolescentes esta necesidad se expresó en el 41,67 % a través del uso del tiempo libre. Aunque ligeramente superior la presencia de esta necesidad en la muestra estudiada, coincidimos con los autores de referencia en que es un indicador del nivel de impacto psicológico que este acontecimiento ha tenido en ellos.

Familia: tipología, funcionalidad y actividad de cuidado

Los niños y adolescentes que enfermaron de Covid-19 durante el primer rebrote en Villa Clara provenían fundamentalmente de familias nucleares, reensambladas y extensas (figura 101). Por

grupos etarios los niños viven en familias extensas, y los adolescentes en familias nucleares o familias reensambladas.

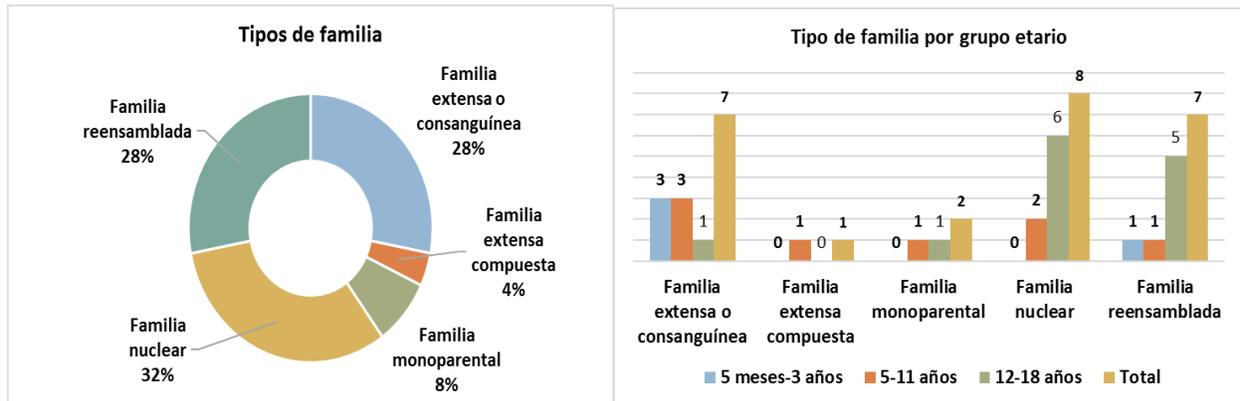


Figura 101. Tipos de familia de los niños y adolescentes que enfermaron de Covid-19 en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021

Aunque en los reportes de ingresos en las investigaciones sociales las personas suelen reportar cifras inferiores, tomando como referencia el salario medio del país (ONEI, 2019) y considerando las condiciones de las viviendas, es posible plantear que el 61 % de las familias rebasa los ingresos medios de la población, por lo que podrían ubicarse en capas medias de la estructura social. A ello se une que 22 de las viviendas (88 %) tienen buenas condiciones, 24 de los niños y adolescentes (96 %) tienen cama independiente, de ellos 13 con cuartos independientes (52 %). La figura 102 evidencia estos aspectos.

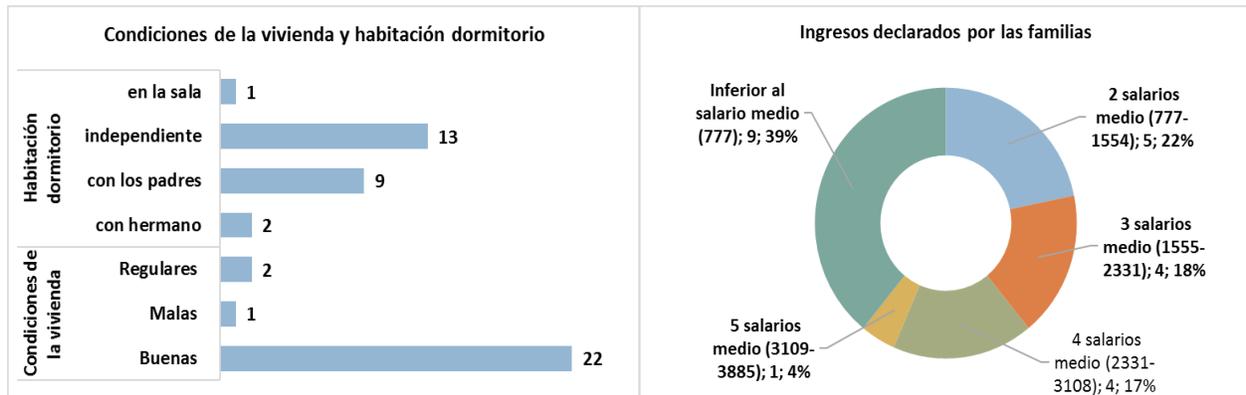


Figura 102. Condiciones socioeconómicas de las familias de los niños y adolescentes que enfermaron de Covid-19 en la provincia de Villa Clara durante el primer rebrote de la pandemia. Elaboración de los autores, 2021

El funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones internas, a partir de la percepción de uno de sus miembros, evidenció dificultades en 14 de las 25 familias de los niños y adolescentes, de ellas 10 familias (40 %) disfuncionales. Todas las familias de los niños de 5 meses-3 años

fueron categorizadas como disfuncionales o moderadamente funcionales. Asimismo, las familias de los niños entre 5-11 años de edad se percibieron más como disfuncionales, que las familias de los adolescentes (figura 103).

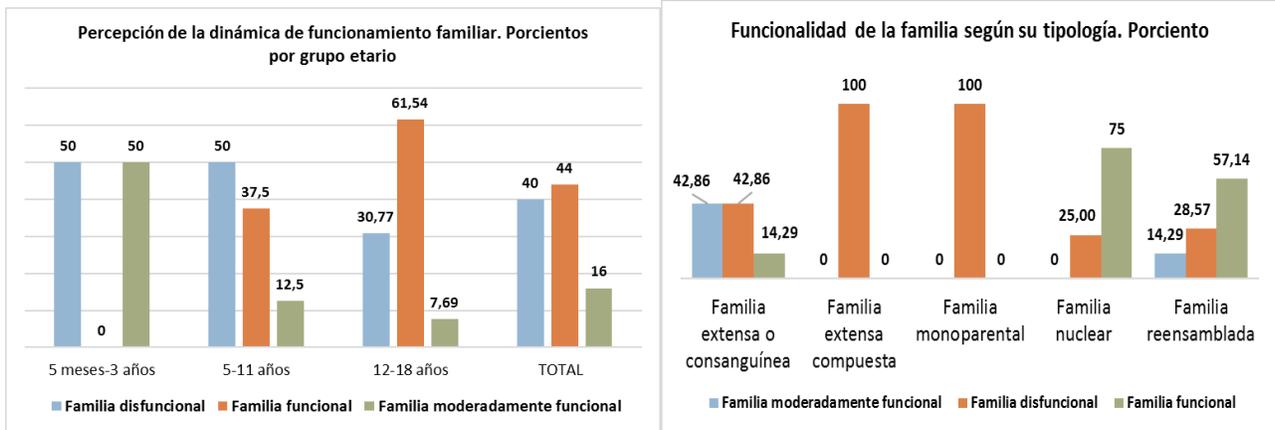


Figura 103. Percepción de la dinámica de funcionamiento familiar y funcionalidad y tipología de las familias en por ciento. Elaboración de los autores, 2021

Con respecto a la tipología, las familias extensas compuestas y las familias monoparentales, en todos los casos, son disfuncionales. Las familias extensas o consanguíneas son predominantemente disfuncionales o moderadamente funcionales, mientras las familias reensambladas y nucleares son, en un mayor número, funcionales. Solo en el caso del grupo etario adolescente se identificaron familias nucleares disfuncionales (figura 104).

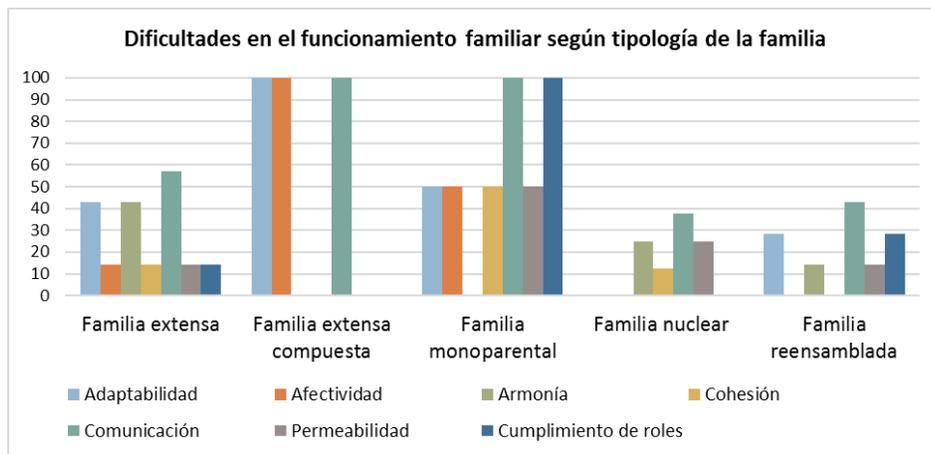


Figura 104. Dificultades en el funcionamiento familiar (por cientos según tipología de la familia). Elaboración de los autores, 2021

Las dificultades en la comunicación se expresaron en 13 familias (52 %) como elemento que condiciona el ajuste de estas al medio social, y el bienestar subjetivo de sus integrantes, seguido de la adaptabilidad (7 familias, 28 %) y la armonía (6 familias, 24 %); las cuales expresan limitaciones para cambiar su funcionamiento ante la situación de la enfermedad y las

contradicciones en torno a los intereses y necesidades individuales que expresaron los niños y los adolescentes como malestares de su cotidianidad (figura 105).

En las familias de los niños entre 5 meses-3 años de edad, aunque predominan las dificultades de comunicación, se perciben de forma similar dificultades en adaptabilidad, armonía, permeabilidad y cumplimiento de roles. Por su parte, en las familias de los niños entre 5-11 años las percepciones consensan las principales dificultades en comunicación y adaptabilidad, mientras en las familias de los adolescentes las principales dificultades convergen en torno a la comunicación y, a la vez, las que se perciben con habilidad para cambiar la estructura y las relaciones ante la afectación de la Covid-19.

Los problemas de cohesión son la dificultad que menos se percibe afectando la dinámica del funcionamiento familiar, lo cual expresa la unión física y emocional que ha prevalecido en el enfrentamiento de la familia a la pandemia y a la situación concreta de enfermar.

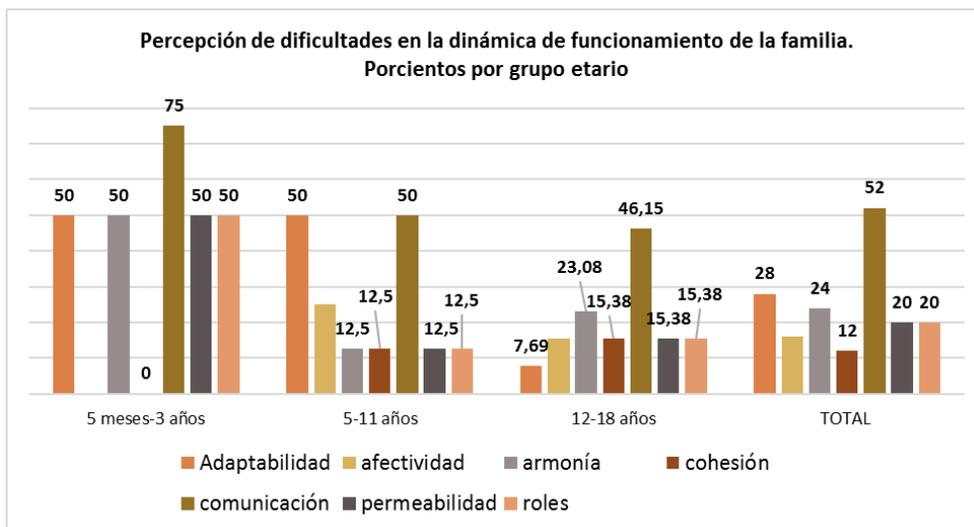


Figura 105. *Percepción de dificultades en la dinámica de funcionamiento familiar. Por cientos por grupos etarios. Elaboración de los autores, 2021*

Los cuidadores principales son mujeres que predominantemente refieren sentirse bien como estado de salud (14, el 63%), mientras el principal malestar expresado fue de contenido psicológico (7, el 30,43%). Dedicar al cuidado del niño o adolescente todo el día (16, el 64 %) o después de la jornada laboral (9, el 36 %). Con ellos ven la televisión, juegan o realizan actividades domésticas. Son madres que tienen la certeza de que manejan adecuadamente las reacciones emocionales y conductuales de los niños (18, el 72 %), aunque 7 de ellas han experimentado temores y depresión como malestares al hacerlo.

Las preocupaciones de las cuidadoras están principalmente referidas a la salud psicológica de los niños (7, el 28 %) y la salud física (3, el 12 %). El apoyo psicológico o en el cumplimiento de

las funciones de la familia constituyen las principales necesidades de ayuda demandada (13, 52 %), en un grupo de cuidadoras donde el 40 % de ellas (10) considera que no necesita ningún tipo de ayuda. La figura 106 muestra los resultados.

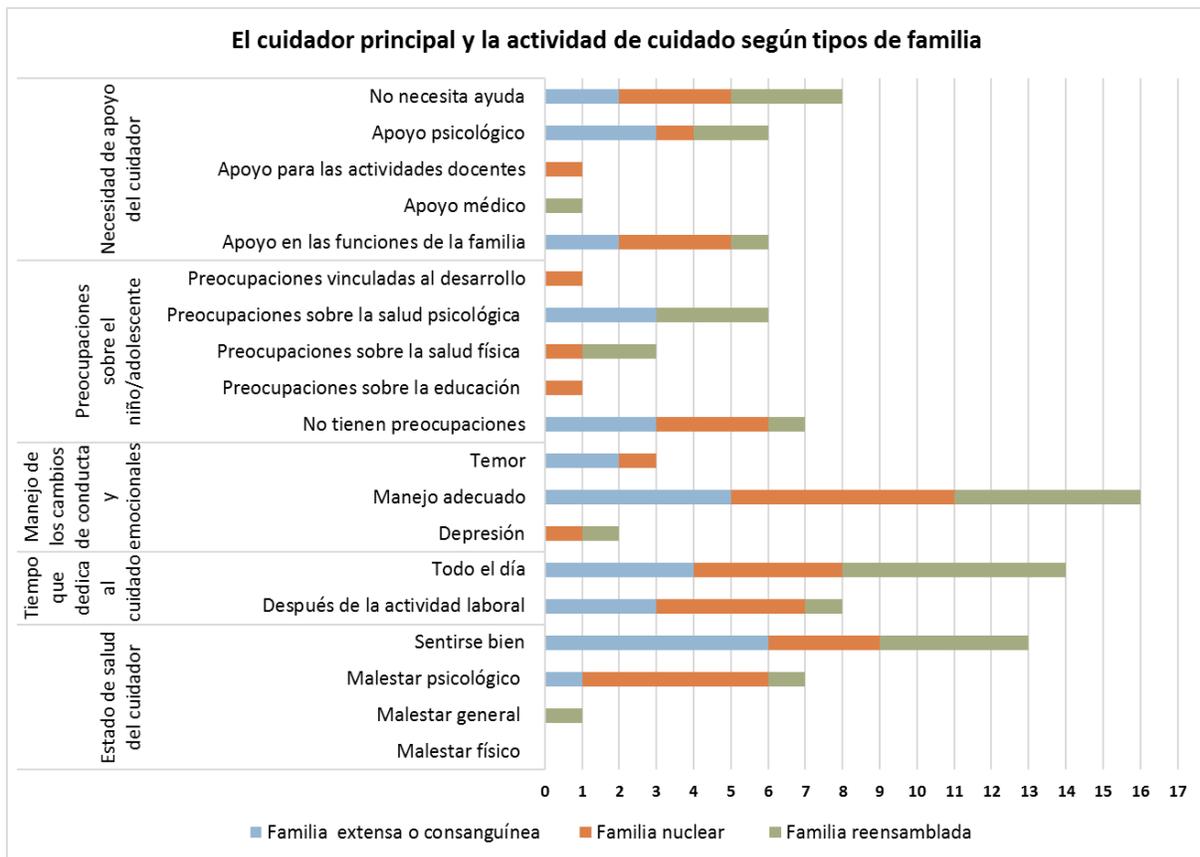


Figura 106. Familias: tipos y funcionalidad. Elaboración de los autores, 2021

Si consideramos que las familias compuesta extensa y las familias monoparentales apenas estuvieron representadas en el estudio podemos centrar el análisis en las familias extensas, las familias nucleares y las familias reensambladas, las que tuvieron una presencia similar. Como aspectos distintivos tenemos que:

- Las cuidadoras de familias extensas tienen mejor estado de salud mientras las de las familias nucleares son las que más sufren malestar, específicamente psicológico.
- Las cuidadoras de las familias reensambladas son las que, en su mayoría, dedican todo el día a la actividad de cuidado.
- Las cuidadoras de las familias extensas y las familias reensambladas son las que muestran preocupaciones por la salud psicológica de los niños y adolescentes; las de las familias reensambladas son las más preocupadas por la salud física, y las de las familias nucleares las que expresan más contenidos de preocupación.
- Las cuidadoras de las familias extensas y de las familias nucleares son las que más

apoyo demandan, principalmente psicológico y para el cumplimiento de las funciones familiares.

En el contexto familiar se obtienen resultados similares y diferentes con respecto a los alcanzados por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021).

Se coincide en el reporte de malestar físico y/o psicológico por el cuidador (41 % con muestra habanera y 38 % con muestra villaclareña), en la preocupación de las cuidadoras (el 60 % en el estudio en La Habana no parece tener conciencia del impacto psicológico que ha dejado la Covid-19, mientras en el estudio en Villa Clara es el 61 %).

Se difiere en las características de los ingresos monetarios (predominan en la muestra habanera ingresos por debajo del promedio salarial, mientras en la muestra villaclareña el 61 % declaró valores superiores al ingreso medio), el estado de la vivienda (en la muestra de La Habana predominan las viviendas en estado regular o malo y un índice no despreciable de hacinamiento, mientras en la muestra de Villa Clara el 88 % vive en viviendas en buenas condiciones y no se reportó hacinamiento), la tipología de las familias (monoparental materna en la muestra de La Habana, mientras en la muestra de Villa Clara predominaron familias nucleares, familias extensas y familias reensambladas).

Patologías psiquiátricas diagnosticadas

Del análisis realizado al afrontamiento de los niños y adolescentes con respecto a la enfermedad Covid-19, el cual siguió los criterios establecidos por la American Psychiatric Association (2013) en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, en su quinta edición (DSM-5), se diagnosticaron en 12 de ellos (48 %) patologías psiquiátricas, y en uno síntomas de ansiedad aislada a partir del ingreso hospitalario. El grupo etario más afectado es el de niños de 5-11 años de edad, donde a 7 (87,5 %) se les diagnosticó una patología psiquiátrica. En el grupo etario de 5 meses-3 años solo en 1 niño se diagnosticó patología psiquiátrica (25 %) asociada a la enfermedad Covid-19, mientras fueron 4 los adolescentes diagnosticados con patología psiquiátrica (30,77).

Estos resultados evidencian que el impacto psicológico es en los sujetos de todos los grupos etarios. Fueron los niños correspondientes a las etapas preescolar y escolar, que tienen más adquisiciones personológicas que en las etapas anteriores, y menos que los adolescentes, los más dañados psicológicamente por el acontecimiento de haber enfermado de la Covid-19. Esta mirada no puede dejar pasar por alto que el niño diagnosticado con patología psiquiátrica en el grupo de 5 meses-3 años, tenía, precisamente, la edad de 3 años, en el tránsito a la edad preescolar, grupo, junto a los escolares, más afectado.

Los resultados reafirman la aseveración de que el grupo etario más afectado fue el de los niños de 5-11 años, diferente de lo encontrado por García, Castellanos, Álvarez & Pérez (2021), con muestra en la provincia de La Habana, donde los adolescentes estaban más afectados emocionalmente, lo cual se fundamentó por la relación con una mayor conciencia de peligro y riesgo para la vida, respecto a los niños de etapas anteriores. En el estudio realizado con muestra de la provincia de Villa Clara, por el contrario, los adolescentes con más adquisiciones personológicas y más recursos resilientes afrontaron con menor daño psicológico la situación de la enfermedad, incluso si se comparan con los niños de 5 meses-3 años es posible percatarse de que la presencia de patologías psiquiátricas en términos porcentuales es similar.

Las patologías diagnosticadas se incluyeron dentro de las entidades de los trastornos de ansiedad y los trastornos de adaptación. En los niños preescolares y escolares predominaron los trastornos de adaptación con una frecuencia del doble con respecto a los adolescentes (figura 107).

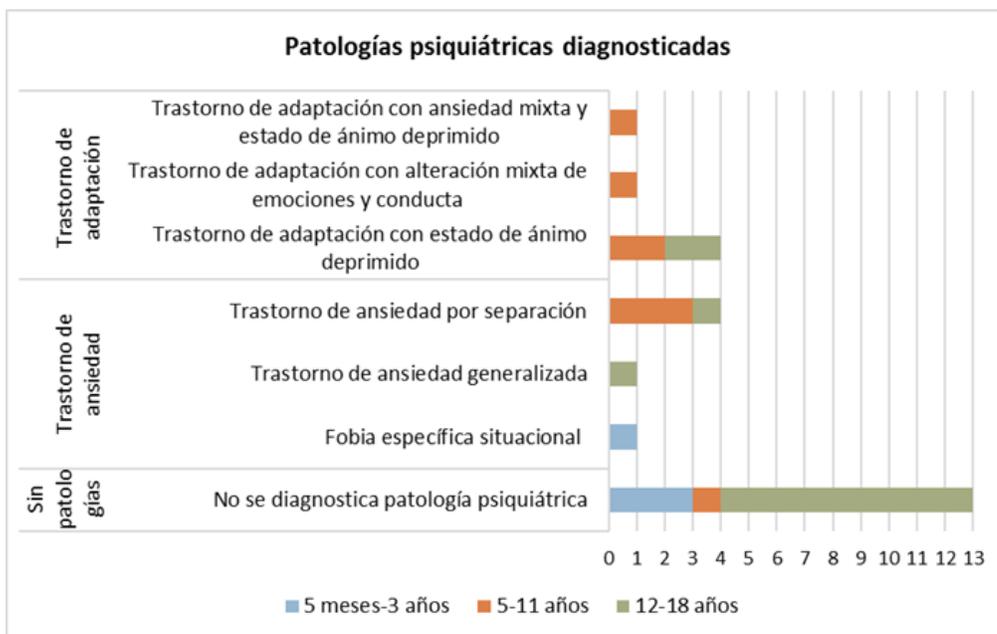


Figura 107. *Patologías psiquiátricas diagnosticadas. Elaboración de los autores, 2021*

En los niños de 5-11 años de edad predominó el trastorno de ansiedad de separación (3) y el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido (2), este último el de mayor incidencia en los adolescentes (2). En los niños preescolares y escolares también se diagnosticó un trastorno de adaptación con alteración mixta de emociones y conducta, y un trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, mientras en los adolescentes un trastorno de ansiedad generalizada y un trastorno de ansiedad de separación. En el grupo de 5 meses a 3 años de edad se diagnosticó una fobia específica situacional como trastorno de ansiedad (figura 107).

La responsabilidad con la salud psicológica de niños y adolescentes

No hay dudas, la pandemia ha tenido efectos psicológicos en los niños que enfermaron de Covid-19, y también en los que no enfermaron. La pandemia es un hecho potencialmente psicopatógeno que ha estado enfrentándolos a estímulos tensionantes diversos, como el aislamiento físico, con sus consecuencias en la desestructuración de rutinas de vida cotidiana, pérdidas físicas o emocionales, ingreso hospitalario, información constante sobre enfermedad, contagios, muerte y necesidad del autocuidado. Los niños quieren ir a la escuela, están preocupados por enfermarse o que les suceda “algo” a sus familiares, temen salir de sus casas, y dormir solos.

Los resultados mostrados transmiten la certeza de la necesidad de multiplicar y mantener la vitalidad de los servicios de salud mental. Los psicólogos y psiquiatras tenemos que “mudarnos” (más que nunca) para la comunidad, para las escuelas y círculos infantiles. Hay que ayudarlos a subjetivar el “impacto”, a que aprendan a vivir con las amenazas de la nueva normalidad y, sobre todo, sin los efectos indeseables que han vivido o viven, ayudarlos a gestar la emergencia de nuevos procesos de subjetivación y nuevas tramas de relaciones.

Es una intervención que necesita pensarse en términos psicosociales, donde además de las acciones clínicas y terapéuticas concebidas desde los sistemas de salud, se proporcione ayuda en los procesos de reconstrucción del tejido social de vida de los niños o adolescentes, que ha sido alterado, fortaleciendo la capacidad de las redes sociales de apoyo como la familia, la escuela y la comunidad.

Los cuidadores requieren ayuda para apoyar la recuperación psicológica de los niños y adolescentes. Necesitan ser orientados para cuidarlos y manejar adecuadamente la sintomatología clínico-psicológica que están expresando. A continuación, se resumen un grupo de estrategias útiles con respecto a los síntomas y patologías diagnósticas (Keyhan, 2020)

La familia debe ayudarlos a encontrar maneras positivas de expresar sus dudas y sentimientos. Hablar sobre la situación con los niños y adolescentes les ayudará a sentirse aliviados en la medida en que puedan expresar y comunicar sus sentimientos en un entorno seguro, de apoyo y confianza; lo cual se facilita al preguntarles lo que saben y las dudas sobre la pandemia, corregir los errores de información, dar respuestas reflexivas, honestas, apropiadas para la edad, pero sin dar demasiados detalles.

Resulta necesario reducir la exposición a situaciones e información generadoras de ansiedad, miedo y cargadas de aspectos negativos. Asimismo, evitar centrarse demasiado en las conductas de prevención como el lavado de manos, el uso del nasobuco y el distanciamiento social.

Acompañarlos en la reducción de la ansiedad con ejercicios de respiración profunda, relajación muscular, trabajar con los pensamientos ansiosos, promoviendo pensamientos más realistas,

insistiendo en la capacidad para afrontar esta situación. Ayudarles a pensar sobre la evidencia que está a favor y la que está en contra de las preocupaciones, proponer perspectivas más balanceadas y optimistas sobre la situación, recordarles que con la práctica del distanciamiento social y las medidas de prevención las personas hacen bastante para protegerse a sí mismas. Explicarles que para las personas que enferman existen recursos para ayudarlas a superar la infección.

Promover en las rutinas, respetando las medidas de contención, la realización de ejercicios físicos, práctica de deportes, actividades de expresión creativa y recreación, así como juegos que promuevan cooperación, de modo que se reduzca la exposición a las pantallas (móviles, computadoras, televisor). Es fundamental que el niño o el adolescente, con la protección requerida, socialicen con coetáneos.

¿Y qué corresponde a las psicólogas y psicólogos, a las y los psiquiatras, en la reconstrucción del tejido social de los niños o adolescentes?

Identificar reacciones que persisten en el tiempo para su atención, manteniendo una comunicación directa con la familia y apoyándola en sus preocupaciones. Facilitar que los niños y adolescentes se expresen o contengan emociones dolorosas asociadas a la pandemia, ayudarlos a elaborar el significado de la situación que vivieron, organizando actividades en las cuales tengan oportunidad de comentar lo ocurrido, narrar cómo fueron afectados y cómo se sienten ante la situación vivida y el futuro.

Tenemos que ayudar a crear canales de información entre la familia y la escuela para facilitar procesos o situaciones que favorezcan la adaptación del niño a la nueva normalidad. Promover la formulación de proyectos familiares, escolares y comunitarios donde participen los niños y adolescentes.

No lo duden, nuestros niños y adolescentes nos necesitan. Su alegría, de antes y de ahora, nos devuelve la certeza de la responsabilidad que tenemos con su salud psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta. edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Anaya Cruz, B. (2021). Reflexiones en torno a la nueva estrategia para el desarrollo económico y social de Cuba. En Blanco Rosales, H. & Anaya Cruz, B. *Apuntes sobre economía cubana y COVID-19*. La Habana: Centro de Estudios de la Economía Cubana, pp. 13-22.
- Anaya, B. & García, A. (2018). Gastos básicos de las familias cubanas urbanas dependientes de salarios y pensiones: dinámica reciente. En: Anaya, B. & I. Díaz (comps.) (2018), *Economía cubana: entre cambios y desafíos* (pp. 65-88). La Habana: Editorial del Instituto Cubano de Investigación Cultural Juan Marinello.
- Balluerka Lasa, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, D., Gorostiaga Manterola, Espada Sánchez, J.P., Padilla García, J. L. & Santed Germán, M. A. (2020). Las consecuencias Psicológicas de la covid-19 y el confinamiento. [S.l.]: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.
- Bartlet J, Griffin J, Thomson D. Resources for Supporting Children's Emotional Well-being during the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020 [citado 22 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic>
- Beldarraín Chaple, E., Alfonso Sánchez, I. R., Morales Suárez, I & Durán García, F. (2020). Primer acercamiento histórico epidemiológico a la COVID-19 en Cuba. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10 (2). Especial COVID-19.
- Bertaux, D. (1993). La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades, en Marinas, J y Santamarina, C: *La historia oral: métodos y experiencias*, Madrid: DEBATE, 1993, pp. 149-171.
- Buheji, M., Jahrami, H., Cunha K., Ebrahim A. (2020). Children and Coping During COVID-19: A Scoping. Extraído de *Bio-Psycho-Social Factors*. 7 de mayo de 2020; 8-15.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet Lond Engl*. 14 de 2020, 395 (10227), 912-20.
- Cabrera Ruiz, I. I., Toledo Méndez, M. A. & Pérez Fernández, A. (2021). Entre el rebrote y la nueva normalidad: una mirada psicosocial a la COVID-19 en Cuba. *Alternativas cubanas de Psicología*, 9 (25), 22-41.
- Castro, R. (2010). *Directiva No. 1 del Presidente del Consejo de Defensa Nacional. Para la planificación, organización y preparación del país para situaciones de desastres*. La Habana.
- Cerniglia, L., Pisano, L., Meloni, C. An exploratory survey on the emotional-adaptive functioning of children aged 4 to 10 years during Covid-19: the opinion of 1399 parents living in the Italian provinces of Piacenza, Bergamo, Lodi and Cremona. 2020;128623 Bytes.
- Di Giorgio E., Di Riso D., Mioni, G., Cellini, N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study [Internet]. PsyArXiv; 2020 abr [citado 21 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://osf.io/dqk7h>
- Espada, J.P., Orgilés M., Piqueras J.A., Morales, A. Las Buenas Prácticas en la Atención Psicológica Infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica Salud*. enero de 2020; 00-00.
- García Morey, A. (2003). *Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Editorial Félix Varela.

- García Morey, A., Castellanos Cabrera, R., Álvarez Cruz, J. & Pérez Quintana, D. (2020). *Aislamiento físico en los hogares a causa de la COVID-19: efectos psicológicos sobre niños y adolescentes cubanos*. La Habana: Facultad de Psicología.
- García Morey, A., Castellanos Cabrera, R., Pérez Quintana, D. & Álvarez Cruz, J. (2020). *La COVID-19: efectos psicológicos sobre niños y adolescentes cubanos*. *Revista Cubana de Psicología*, 2 (2), 51-68.
- García Morey, A., Castellanos Cabrera, R., Álvarez Cruz, J. & Pérez Quintana, D. (2021). Evaluación psicológica de una muestra de niños cubanos que padecieron la COVID-19. UNICEF.
- González Pinillos, R. (2020). *Aspectos relacionados con las pérdidas: trauma y duelo* (pp. 39-42). *En Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. Evidencias y Recomendaciones de las Asociaciones Profesionales de Psiquiatría y Psicología Clínica*. Madrid: Editado por Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
- García Álvarez, A. (2021). Alimentación en Cuba: impactos de la COVID-19. En Blanco Rosales, H. & Anaya Cruz, B. *Apuntes sobre economía cubana y COVID-19*. La Habana: Centro de Estudios de la Economía Cubana, pp. 47-57.
- González Rey, F. (2002). *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico-cultural*. México D.F.: Thomson Editores.
- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.
- González Rey, F. (2011). *El sujeto y la subjetividad en la Psicología Social. Un enfoque histórico cultural*. Buenos Aires: Noveduc.
- González-Rey, F. (2015). Los estudios psicosociales hoy: aportes a la intervención psicosocial. En J. E. Moncayo y A. Díaz (eds.). *Psicología Social Crítica e Intervención Psicosocial. Reflexiones y experiencias de investigación*. 21-35. Cali: Universidad de San Buenaventura.
- González-Rey, F. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*. 15(1), 5-16.
- González Menéndez, R. & Sandoval Ferrer, J.E. (2019). *Manual de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hernández-Sampieri, R., Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F: Mc Graw-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Imaz Roncero, C. & Payá González. M. (2020). Los aspectos del vínculo e interacción En informe Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en la era del COVID-19. pp 30-39.
- Liu, J.J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. y Lu, L. (2020). Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*. Advance online publication. *Lancet Child Adolesc Health*. 27 de marzo de 2020.
- Louro Bernal, I. (2014). Familia en el ejercicio de la Medicina General Integral. En Y.M., Mujica Ruiz & L. Cruz Valdés & T. Sánchez Ferrán (Eds.). *Medicina general integral*. 3 ed. (pp. 533-549). Editorial Ciencias Médicas.
- Lorenzo Ruiz, A., Díaz Arcaño, K. & Zaldívar Pérez, D. (2020). La psicología como ciencia en el afrontamiento a la COVID-19: apuntes generales. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10 (2). Especial COVID-19.
- Ministerio de Salud Pública (2020). Protocolo de actuación nacional para la COVID-19 (versión 1.5). La Habana: [s. n.].

- Nekane, B. L., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Arantxa, G. M., Espada Sánchez, P., Padilla García, L., & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de Investigación. Universidad del País Vasco. España.
- Oliver, N., Barber, X. y Roomp, K. (2020). The Covid19 Impact Survey: Assessing the pulse of the COVID-19 pandemic in Spain via 24 questions. Accesible en: <https://arxiv.org/abs/2004.01014>
- OMS. (2020, 31 de enero). *Los 13 desafíos de la salud mundial en esta década* <https://news.un.org/es/search/Los%2013%20desaf%3%ADos%20de%20la%20salud%20mundial%20en%20esta%20d%C3%A9cada>
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., Espada, J.P. Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain [Internet]. PsyArXiv; 2020 abr [citado 23 de abril de 2020]. Disponible en: <https://osf.io/5bpfz> .
- Palacio-Ortiz JD, et al. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiat*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Pañellas Álvarez, D., Arango Rodríguez, L., Capote, N. & Álvarez, C. (2020), Una moneda con dos caras: La COVID-19. *Revista Temas*, octubre-diciembre 2020.
- Pavas, J. G. & Diaz G., A. (2019). Sentidos subjetivos en una víctima del conflicto armado colombiano. *Reflexión Política* 21(43), pp. 51-61. doi: 10.29375/01240781.3533.
- Pérez, M.R., Gómez, J.J. y Diéguez, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15. <http://www.rehabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3254/2505>
- Raude, J., Debin, M., Souty, C., Guerrisi, C., Turbelin, C., Falchi, A., ... Colizza, V. (2020, March 8). Are people excessively pessimistic about the risk of coronavirus infection? <https://doi.org/10.31234/osf.io/364qj>.
- Sanahuja, J.A. (2020). COVID-19: riesgo, pandemia y crisis de gobernanza global. Manuela Mesa (coord.). *Riesgos globales y multilateralismo: el impacto de la COVID-19 Anuario CEIPAZ 2019-2020*, 27-54.
- Sun, L., Sun, Z., Wu, L., Zhu, Z., Zhang, F., Shang, Z., Liu, N. & et al. (2020). Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. doi:10.1101/2020.03.06.20032425
- Tesini, B.L. (2020). Coronavirus y síndromes respiratorios agudos (COVID-19, MERS, SARS). Manual MSD. Versión para profesionales. (pp.1-6). Merck Sharp & Dohme Corp.
- United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health [Internet]. 2020 may [citado 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr* [Internet]. 24 de abril de 2020 [citado 25 de abril de 2020]; Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. y 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), 17-29.
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. marzo de 2020; 395 (10228), 945-7.

- Zhang, J., Shuai, L., Yu H., Wang Z., Qiu M., Lu, L., et al. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J. Psychiatry*. junio de 2020; 51:102077.
- Zhou, S.J., Zhang, L.G., Wang, L.L., Guo, Z.C., Wang, J.Q., Chen, J.C., et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 3 de mayo de 2020 [citado 14 de junio de 2020]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Sobre los autores

ISAAC IRAN CABRERA RUIZ

isaacicr@nauta.cu, isaacicr@uclv.edu.cu, <https://orcid.org/0000-0001-9354-539X>

Licenciado en Psicología, Máster en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias Pedagógicas (PhD). Profesor Titular del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Coordinador de la Maestría en Intervención Psicosocial y de la Disciplina académica Psicología Social. Dirige la línea científica Subjetividad y sociedad: alternativas desde la intervención psicosocial.

MIGUEL ANGEL TOLEDO MÉNDEZ

miguelatm@infomed.sld.cu, <https://orcid.org/0000-0002-9684-4501>

Licenciado en Psicología, Máster en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias Pedagógicas (PhD). Profesor Titular del Departamento de Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Miembro del claustro de la Especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Maestría en Intervención Psicosocial de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas.

Addys Pérez Fernández

addyspf@infomed.sld.cu, addys.perez@nauta.cu, <https://orcid.org/0000-0003-1959-1026>.

Doctora en Medicina, Especialista de Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesora Asistente. Jefe del Grupo Provincial de Psiquiatría Infantil en Villa Clara. Jefe de Servicio de Salud Mental del Hospital Pediátrico “José Luis Miranda”. Miembro del Comité Académico de Psiquiatría Infantil en Villa Clara. Investigador agregado. Dirige el estudio de pacientes convalecientes a la COVID-19 en edades pediátricas en Villa Clara como parte del Proyecto Nacional CONVIDA-2020. Miembro del Proyecto de Atención integral al paciente pediátrico post-COVID en Villa Clara.

Sobre los colaboradores

Dr. Edelio Seijo Alemán. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría General. Asesor del GOSMA Provincial en Villa Clara. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. Maritza Paula Arce Echevarría. Licenciada en Educación. Directora de CDO Provincial en Villa Clara. Educación Provincial.

Dr. Omar Hernández Rivero. Especialista en Segundo Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Auxiliar. Máster en Estudios Sociales. Investigador agregado. Presidente del Comité Académico de Psiquiatría Infantil en Villa Clara. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”.

Dra. María de los Ángeles Fernández Cabezas. Especialista en Segundo Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”. Máster en Atención integral al niño. Investigador agregado. Miembro del Comité Académico de Psiquiatría Infantil en Villa Clara.

Dra. Aimée Fournier Orizondo. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”. Investigador agregado. Miembro del Comité Académico de Psiquiatría Infantil en Villa Clara.

Dra. Mislandy González Guevara. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”. Clínica del Adolescente.

Dra. Linet Martín López. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”. Clínica del Adolescente.

Lic. Anisley Sotolongo Beltrán. Licenciada en Psicología. Profesor Asistente. Máster en Psicología Médica. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”. Profesor Asistente.

Lic. Yamila Fabián Cruz. Licenciada en Psicología. Hospital Pediátrico Provincial “José Luis Miranda”.

Dra. Lisbette Abreu Pérez. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Máster en Bioética. Profesor Asistente. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Dra. Yailen Díaz Laportilla. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. Ana Irbys Rodríguez de la Rivera. Licenciada en Psicología. Policlínico “Marta Abreu”.

Dra. Helena Fernández Esperanza. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Dra. Maibel Sánchez Hernández. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Instructor. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. Lidia Romero Águila. Licenciada en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. María Antonia López Hernández. Psicometrista. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Dra. Nilda María Pérez Mauri. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. Lisette Ysaba Suárez. Licenciada en Psicología. Jefa del Centro Comunitario de Salud Mental de Ranchuelo.

Lic. Gretter Mayara Fernández Flores. Licenciada en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Ranchuelo.

Dr. Angel Miguel Álvarez Donis. Especialista en Segundo Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Máster en APS. Profesor Asistente. Centro Comunitario de Salud Mental de Camajuaní.

Lic. Dailin Sotolongo Consuegra. Licenciada en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Santa Clara.

Lic. Milaxys Méndez Rodríguez. Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Médica. Profesora Auxiliar. Centro Comunitario de Salud Mental de Camajuaní.

Dra. Marleni Zamora Rodríguez. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría General. Máster en Psicología Médica. Profesor Asistente. de Salud Mental de Camajuaní.

Lic. Anet Osoris Albernas. Licenciada en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Camajuaní.

Lic. Didier González Martínez. Licenciado en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Camajuaní.

Dra. Ileana Gavilán García. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Centro Comunitario de Salud Mental de Caibarién.

Dr. José Luis Mesa Hernández. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Centro Comunitario de Salud Mental de Caibarién.

Lic. Jordan Casanova García. Licenciado en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Caibarién.

Lic. Yohana Rodríguez Castellón. Licenciada en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Encrucijada.

Lic. Beatriz León Romero. Licenciada en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Encrucijada.

Lic. Sandra Nuñez Mora. Licenciada en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes.

Lic. Celenys de Armas García. Licenciada en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Cifuentes.

Dr. Osvaldo Ramos Fernández. Especialista en Primer Grado en MGI. Especialista en Primer Grado en Psiquiatría Infantil. Profesor Asistente. Centro Comunitario de Salud Mental de Quemado de Güines y Corralillo.

Lic. Belkis Vasallo Rodríguez. Licenciada en Psicología. Centro Comunitario de Salud Mental de Corralillo.

Lic. Dunia Beatriz Álvarez Guerra. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Centro Comunitario de Salud Mental de Corralillo.

