

Desde el comienzo hasta 2023; ¿afectó la pandemia por COVID-19 la ansiedad de los padres y los niños preescolares de la misma manera a la largo del tiempo?

Şenay Türe¹ , Sevtap Velipaşaoğlu¹ 

RESUMEN

Introducción. La pandemia por COVID-19 se percibe como una amenaza grave a la salud y la economía en todo el mundo y sus efectos se han mantenido durante unos cinco años. En general, las investigaciones se realizaron en las primeras etapas de la pandemia, e incluían adultos y adolescentes. Hay muy pocos estudios con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad percibidos en niños de 3 a 6 años y en sus padres, focalizados en patrones de conducta y la frecuencia de expresiones relacionados con la ansiedad en los niños. Esta evaluación se llevó a cabo en 4 momentos diferentes durante los 4 años que siguieron al comienzo de la pandemia por COVID-19.

Métodos. Estudio descriptivo transversal realizado entre el 17 de mayo de 2020 y el 30 de octubre de 2023. Se aplicó un cuestionario en línea en 4 momentos diferentes.

Resultados. Participaron en el estudio 3732 padres con niños de 3 a 6 años. Las conductas y expresiones relacionadas con la ansiedad fueron más frecuentes durante el primer y segundo periodo. Las conductas relacionadas con la ansiedad fueron más habituales en los niños durante las etapas prolongadas de prohibiciones.

Conclusiones. Los niveles de ansiedad percibidos en los niños de 3 a 6 años en diferentes momentos durante la pandemia por COVID-19 reflejaron las tendencias epidémicas de la enfermedad y el nivel de ansiedad de los padres. Comprender cómo se distribuyen los efectos es importante para el futuro.

Palabras clave: COVID-19; niño; padres; ansiedad.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10768>
doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10768.eng>

Cómo citar: Türe Ş, Velipaşaoğlu S. Desde el comienzo hasta 2023; ¿afectó la pandemia por COVID-19 la ansiedad de los padres y los niños preescolares de la misma manera a la largo del tiempo? Arch Argent Pediatr. 2025;e202510768. Primero en Internet 18-SEP-2025.

¹ División de Pediatría Social, Departamento de Pediatría; Facultad de Medicina, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Turquía.

Correspondencia para Şenay Türe: senayture@akdeniz.edu.tr

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 28-5-2025

Aceptado: 12-8-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 demandó respuestas rápidas y fluctuantes en salud pública en todo el mundo, que incluyeron la imposición, relajación y reimplantación de restricciones para detener la propagación del virus y sus variantes.¹ Entre las poblaciones más profundamente afectadas por estas medidas, se encuentran los niños de 3 a 6 años, para quienes la interacción social y el juego son componentes críticos de su desarrollo saludable.²⁻⁴ Los periodos prolongados de distanciamiento social, la restricción de la interacción con sus pares y el acceso limitado a los espacios al aire libre, fueron desafíos psicosociales importantes para este grupo de edad. Se ha reportado que esas restricciones causaron confusión, temor y malestar en los más pequeños, lo que podría conducir a respuestas de ansiedad intensificadas.⁵⁻⁷

El registro de respuesta gubernamental de Oxford al coronavirus (*Oxford Coronavirus Government Response Tracker*, OxCGRT) desarrolló un índice de restricción (*Stringency Index*) que se calculó durante casi 3 años para monitorizar sistemáticamente las restricciones a nivel nacional. Este índice promediaba 9 indicadores clave (desde el cierre de escuelas y comercios a las prohibiciones de viajes, y campañas de información pública) en una escala de 0 a 100 con puntajes más altos para reflejar las medidas más restrictivas.^{1,8} En Turquía, estas medidas restrictivas resultaron en el acceso parcial a las escuelas durante un año y medio, mientras que algunos niños participaron en el aprendizaje en línea por hasta dos años y medio. Estas interrupciones, combinadas con la pérdida de seres queridos y oportunidades limitadas de participación social y recreativa, significaron riesgos considerables para el desarrollo, las emociones y la salud mental de los niños pequeños.⁹⁻¹¹

Es esencial comprender cómo los niños respondieron al contexto cambiante de la pandemia para abordar eficazmente sus necesidades presentes y futuras. Sin embargo, la mayoría de los estudios empíricos durante la pandemia, se enfocaron principalmente en los adultos y en los adolescentes, y aquellos que incluyeron niños los agrupaban con frecuencia en un amplio rango (0 a 18 años), desatendiendo por lo tanto las experiencias específicas de la primera infancia.^{5,12,13} Además, las investigaciones realizadas se han concentrado en gran medida en las etapas tempranas y medias de la pandemia,

con limitada atención a los impactos psicosociales a largo plazo sobre los niños pequeños.¹⁴

Este estudio tuvo como objetivo examinar cómo evolucionaron los niveles percibidos de ansiedad en los niños de 3 a 6 años, durante la pandemia. También exploró las conductas de los niños relacionadas con la ansiedad y sus expresiones a través del tiempo. El seguimiento de estas tendencias puede brindar información a los profesionales de la salud y a los encargados de formular políticas involucrados en el monitoreo de la salud mental pediátrica y la planificación de intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal, realizado entre el 17 de mayo de 2020 y el 30 de octubre de 2023 con recolección de datos en 4 momentos diferentes. Se obtuvo el permiso para el estudio en el Ministerio de Salud de la República de Turquía y la aprobación ética en el Comité de Ética de Estudios Clínicos de la Facultad de Medicina de la Akdeniz Üniversitesi (Resolución N° KAEK-368).

Recolección de datos

Debido al cierre de los centros de salud y de las escuelas y a las restricciones para circular, en las primeras fases de la pandemia se emplearon cuestionarios en línea y se continuó con ellos cuando se levantaron las restricciones para mantener la consistencia. Los datos se obtuvieron de padres de toda Turquía en 4 momentos diferentes durante 4 años (*Figura 1*): 1) mayo-junio de 2020, 2 meses después que se reportó el primer caso; 2) febrero-marzo de 2021, durante la segunda ola con altas restricciones (índice de restricción ≈80) y comienzo de la vacunación de adultos; 3) septiembre-octubre de 2022, cuando la mayoría de las restricciones fueron levantadas (índice ≈11) y se retomó la escolaridad presencial, y 4) septiembre-octubre 2023, un año después de finalizadas las restricciones (índice ≈0). En cada etapa, los padres de niños de 3 a 6 años fueron invitados a través de los medios sociales, mensajes en las aplicaciones, grupos de padres en las escuelas y correo electrónico.

Los datos se registraron en 4 momentos con un diseño transversal, con diferentes participantes en cada uno. Este enfoque permitió la evaluación de las tendencias temporales a nivel poblacional sin requerir el seguimiento de los cambios individuales a través del tiempo.

Cálculo del tamaño muestral

La población del estudio comprendió aproximadamente 3 millones de niños de 3 a 6 años en Turquía. Para un intervalo de confianza del 90 %, con un margen de error del 5 % y una proporción estimada de la población del 10 %, la muestra mínima por periodo se calculó en 99 niños. El tamaño real de la muestra excedió este límite: los participantes fueron 1216, 1786, 133 y 597 en los momentos 1 a 4 respectivamente. Los márgenes de error fueron $\pm 1,69$; $\pm 1,39$; $\pm 5,10$ y $\pm 2,41$ con un intervalo de confianza del 95 %.

Contenido del cuestionario

El cuestionario incluyó ítems sobre las características sociodemográficas, la ansiedad referida por los padres, la ansiedad percibida en los niños, las conductas infantiles relacionadas

con la ansiedad y las expresiones de los niños. Los padres clasificaron su propia ansiedad y la de sus hijos en una escala de 0 a 10, donde 0 indica ausencia de ansiedad y 10, ansiedad extrema. Esta escala numérica de clasificación, validada por Crandall et al., se usa habitualmente en los estudios relacionados con el tema.^{15,16}

Análisis estadístico

Los datos se analizaron con el programa SPSS 22. La estadística descriptiva incluyó frecuencia, porcentaje, media y desvío estándar. La normalidad se evaluó por histograma, gráficos Q-Q, asimetría, curtosis y prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de dos grupos se utilizó la prueba t de muestras independientes para datos de distribución normal, y la prueba U de Mann-Whitney para datos de distribución no normal.

TABLA 1. Característica de los participantes (N = 3732)

Variable	Respuestas N (%)
Familiar	
Madre	3292 (88,2)
Padre	409 (11)
Edad del niño (años)	
3	497 (13,3)
4	827 (22,2)
5	1486 (39,8)
6	922 (24,7)
Género del niño	
Femenino	1828 (49)
Masculino	1904 (51)
Nivel educacional materno	
Escuela media o menor	2141 (57,4)
Universidad	1591 (42,6)
Nivel educacional paterno	
Escuela media o menor	2208 (59,2)
Universidad	1524 (40,8)
Tipo de familia	
Familia nuclear	3241 (86,8)
Familia ampliada	491 (13,2)
Situación laboral materna	
Empleo remunerado	1478 (39,6)
Sin empleo remunerado	2251 (60,4)
Situación laboral paterna	
Empleo remunerado	3692 (99)
Sin empleo remunerado	38 (1)
Nivel económico	
Ingresos menores que los egresos	1250 (33,5)
Ingresos y egresos equivalentes	1983 (53,1)
Ingresos superiores a los egresos	491 (13,2)
¿Hubo algún familiar fallecido por COVID-19?	
Sí	416 (11,1)
No	3

Para comparaciones de 3 o más grupos se utilizó ANOVA de una cola. Las variables categóricas se analizaron con la prueba de chi-cuadrado. La prueba de chi-cuadrado de Pearson se aplicó cuando menos del 20 % de las células presentaron recuentos esperados inferiores a cinco; en caso contrario, se empleó la prueba exacta de Fisher. La significancia estadística se estableció en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 4548 padres completaron el cuestionario en línea. Se excluyeron aquellos que pertenecían a personas con condiciones crónicas (el adulto o el niño), a niños fuera del rango de edad o con entrada duplicada. Hubo 3732 respuestas válidas. El número de participantes de cada etapa fue de 1216 en la primera, 1786 en la segunda, 133 en la tercera y 597 en la cuarta (*Figura 2*). La mayoría de las respuestas pertenecieron a las madres (88,2 %), los padres comprendieron el 11 % y en el 0,8 % no se declaró el género.

La edad media de los niños fue $4,76 \pm 0,97$ años; el 51 % fueron varones. La mayoría de las madres (57,4 %) y de los padres (59,2 %) tenían educación media o menor. La mayoría de los niños (86,8 %) vivían en familias nucleares. Mientras que el 60,4 % de las madres no tenían empleo remunerado, solo el 1 % de los padres no lo tenían. Los detalles sociodemográficos se muestran en la *Tabla 1*.

Se solicitó a los padres que clasificaran el nivel de ansiedad en ellos mismos y en sus hijos de 0 (sin ansiedad) a 10 (el mayor nivel de ansiedad). De acuerdo con los padres, el promedio de nivel de ansiedad de todos los niños participantes fue 4,50 (DE: 3,14; IC95%: 4,40–4,60), mientras que en los niños del primer periodo fue 4,22 (DE: 3; IC95%: 4,05–4,38), del segundo fue 5,35 (DE: 3,06; IC95%: 5,21–5,49), del tercero fue 3,55 (DE: 2,90; IC95%: 3,05–4,05) y del cuarto fue 2,74 (DE: 2,84; IC95%: 2,51–2,97). Las diferencias entre los periodos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (*Figura 1*).

El puntaje promedio general de ansiedad, que consiste en las preocupaciones de los padres sobre salud, familia, trabajo y futuro, fue 5,31 (DE: 2,69; IC95%: 5,22–5,39) entre todos los participantes; en el primer periodo fue 5,14 (DE: 2,64; IC95%: 4,99–5,29), en el segundo fue 5,84 (DE: 2,58; IC95%: 5,72–5,96), en el tercero fue 4,48 (DE: 2,60; IC95%: 4,04–4,93), y en el cuarto fue 4,23 (DE: 2,71; IC95%: 4,01–4,45).

Excepto las diferencias entre los periodos 3 y 4 ($p: 0,315$), las diferencias entre los otros periodos fueron estadísticamente significativas ($p: < 0,05$) (*Figura 1*).

Los cambios en el nivel de ansiedad de los padres con respecto a temas relacionados con ellos mismos y sus hijos, según el periodo se muestran en la

FIGURA 1. Casos diarios nuevos confirmados de COVID-19 por millón de habitantes. Momentos de recolección de datos y niveles de ansiedad percibidos por los padres en ellos y en sus hijos en cada uno de los periodos

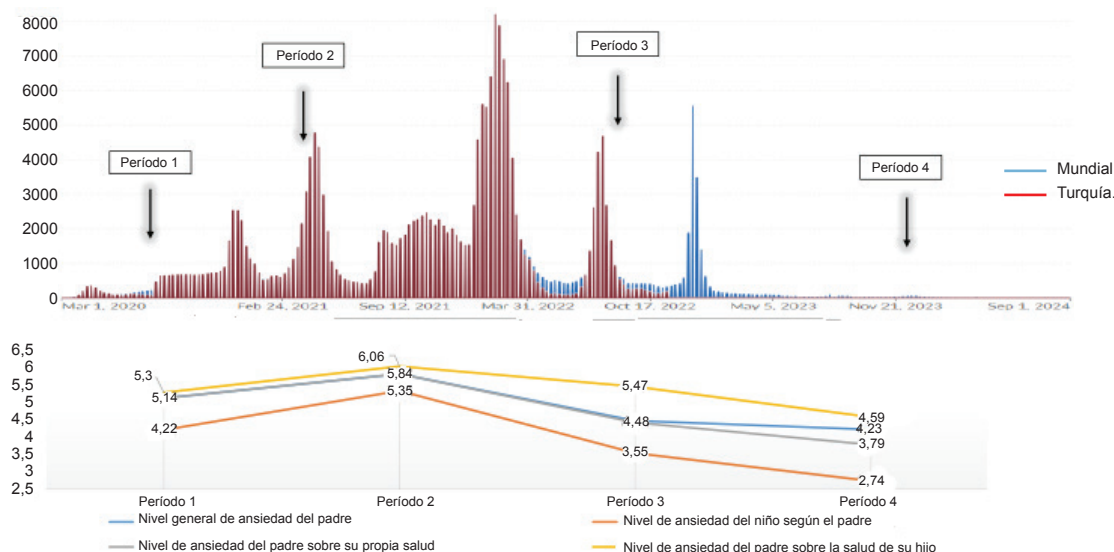


TABLE 2. Relación entre las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de los padres y los niños

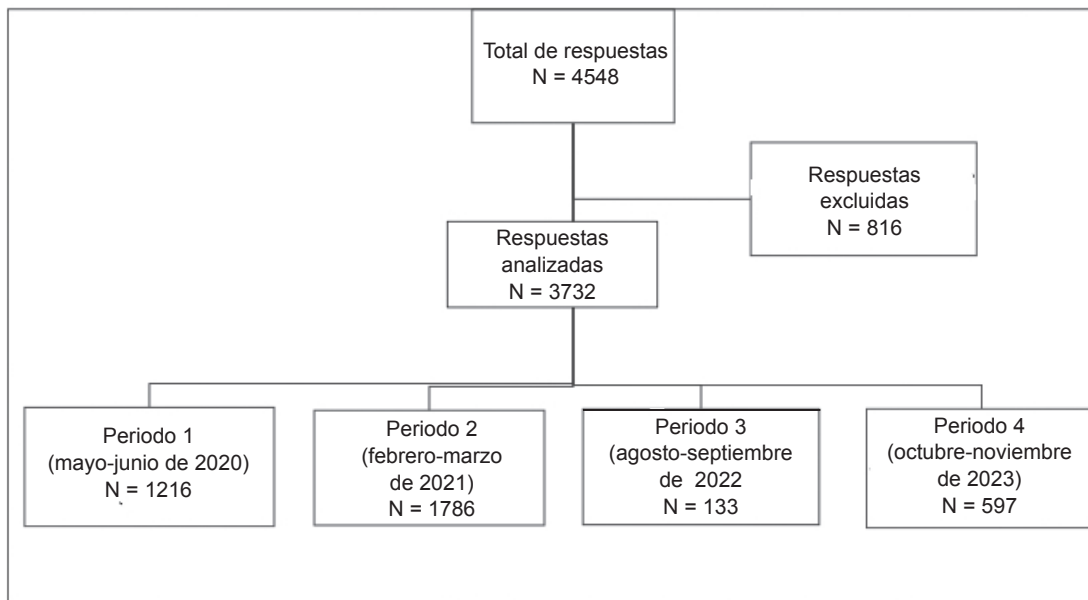
Variable		Todos los participantes			
		Nivel de ansiedad de los padres		Nivel de ansiedad de los niños	
		M ± DE	Valor de P	M ± DE	Valor de P
Edad del niño (años)	3	5,81 ± 2,68	0,000 ^a	4,54 ± 3,36	0,000 ^a
	4	5,18 ± 2,67	(diferencias: 3-4; 3-5; 3-6)	4,18 ± 3,10	(diferencias: 3-4; 4-5; 4-6; 5-6)
	5	5,17 ± 2,69		4,46 ± 3,10	
	6	5,38 ± 2,68		4,84 ± 3,10	
Género del niño	Femenino	5,42 ± 2,69	0,510 ^b	4,63 ± 3,23	0,947 ^b
	Masculino	5,35 ± 2,73		4,62 ± 3,18	
Nivel educacional materno	Escuela media o menor	5,17 ± 2,76	0,000 ^b	4,61 ± 3,23	0,013 ^b
	Universidad	5,49 ± 2,58		4,35 ± 3,02	
Nivel educacional paterno	Escuela media o menor	5,22 ± 2,74	0,017 ^b	4,61 ± 3,22	0,007 ^b
	Universidad	5,43 ± 2,61		4,33 ± 3,02	
Tipo de familia	Nuclear	5,28 ± 2,68	0,165 ^b	4,48 ± 3,13	0,299 ^b
	Ampliada	5,47 ± 2,74		4,64 ± 3,22	
Hermanos	No	5,16 ± 2,71	0,048 ^b	3,97 ± 3,06	0,000 ^b
	Sí	5,36 ± 2,68		4,68 ± 3,15	
Situación laboral materna	Empleo remunerado	5,46 ± 2,65	0,006 ^b	4,40 ± 3,08	0,103 ^b
	Sin empleo remunerado	5,21 ± 2,71		4,57 ± 3,18	
Nivel económico	Ingresos menores que los egresos ¹	5,73 ± 2,71	0,000 ^a	5,14 ± 3,26	0,000 ^a
	Ingresos y egresos equivalentes ²	5,17 ± 2,68	(diferencias: 1-2, 1-3, 2-3)	4,28 ± 3,07	1-2, 1-3, 2-3)
	Ingresos superiores a los egresos ³	4,80 ± 2,55		3,73 ± 2,82	
¿Hubo algún familiar fallecido por COVID-19?	Sí	5,65 ± 2,63	0,006 ^b	4,70 ± 3,25	0,183 ^b
	No	5,26 ± 2,69		4,47 ± 3,13	
¿El padre/madre tiene una pareja que lo apoya?	Sí	5,21 ± 2,74	0,000 ^b	4,41 ± 3,18	0,001 ^b
	No	5,61 ± 2,51		4,81 ± 3,00	
¿El padre/madre tiene una familia que lo apoya?	Sí	5,24 ± 2,71	0,000 ^b	4,42 ± 3,17	0,000 ^b
	No	5,68 ± 2,53		4,92 ± 2,97	
¿El padre/madre tiene amigos que lo apoyan?	Sí	5,00 ± 2,75	0,000 ^b	4,08 ± 3,12	0,000 ^b
	No	5,51 ± 2,63		4,78 ± 3,13	
¿Escuchan noticias de muertes frente a los niños?	Sí	5,96 ± 2,77	0,000 ^b	5,38 ± 3,17	0,000 ^b
	No	5,20 ± 2,66		4,35 ± 3,11	
¿Usan con frecuencia frases alarmantes frente a los niños?	Sí	5,83 ± 2,73	0,000 ^b	5,26 ± 3,23	0,000 ^b
	No	5,16 ± 2,66		4,28 ± 3,08	

^a ANOVA de una cola.^b Prueba t para muestras independientes.

p: nivel de significancia.

Figura 1. El puntaje medio de ansiedad sentida por los padres sobre la salud de sus hijos fue 5,56 (DE: 3,33; IC95%: 5,45-5,66) entre todos los participantes. Hubo diferencias significativas a través de los

4 periodos (p <0,05). La ansiedad subió en el segundo periodo con un puntaje medio de 6,06 (DE: 3,24; IC96%: 5,91-6,21) y llegó a su menor nivel en el cuarto periodo con una media de 4,59 (DE: 3,52; IC95%: 4,31-4,87).

FIGURA 2. Flujograma de respuestas

Se estudió la relación entre las variables independientes y los niveles de ansiedad de los padres y los niños. Los predictores significativos de mayor ansiedad incluyeron tener un niño de 3 años, mayor nivel educacional de los padres, varios hijos, y madres con empleo remunerado. La menor ansiedad se asoció con tener relaciones de apoyo, evitar las noticias relacionadas con la muerte y no utilizar lenguaje alarmante (*Tabla 2*).

Los padres refirieron las conductas de sus

hijos en los 4 periodos (*Figura 3*). Las conductas relacionadas con ansiedad (lavado de manos excesivo, miedo al daño, despertares nocturnos frecuentes, colecho e irritabilidad) fueron más prevalentes en el primer y segundo periodos, y declinaron en el tercero y el cuarto. La enuresis nocturna y la regresión en el lenguaje también fueron más frecuentes en el segundo periodo.

Las expresiones de los niños variaron a través del tiempo (*Figura 4*). Menciones de “muerte”,

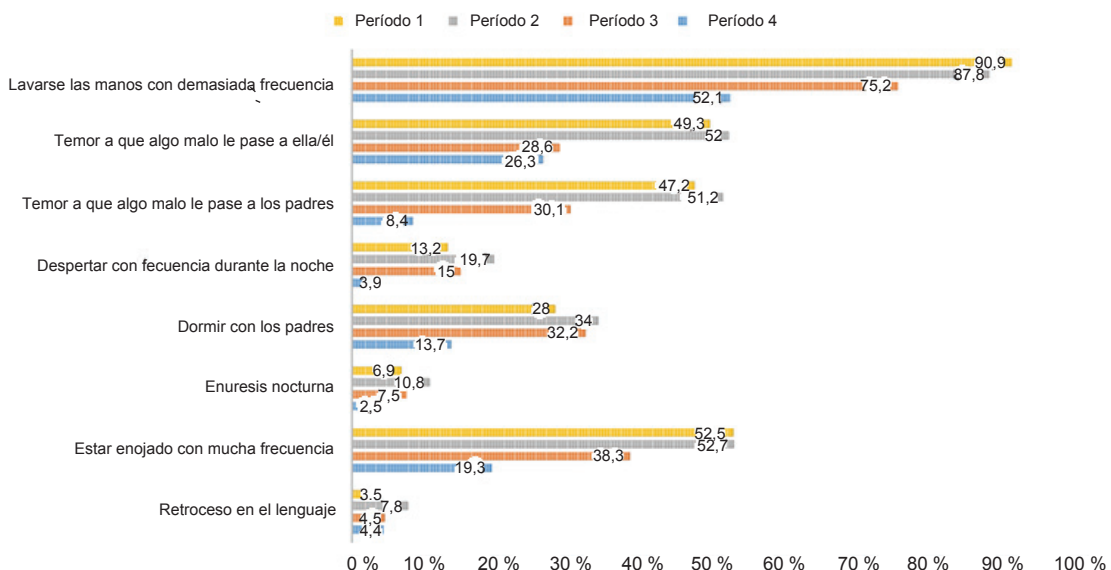
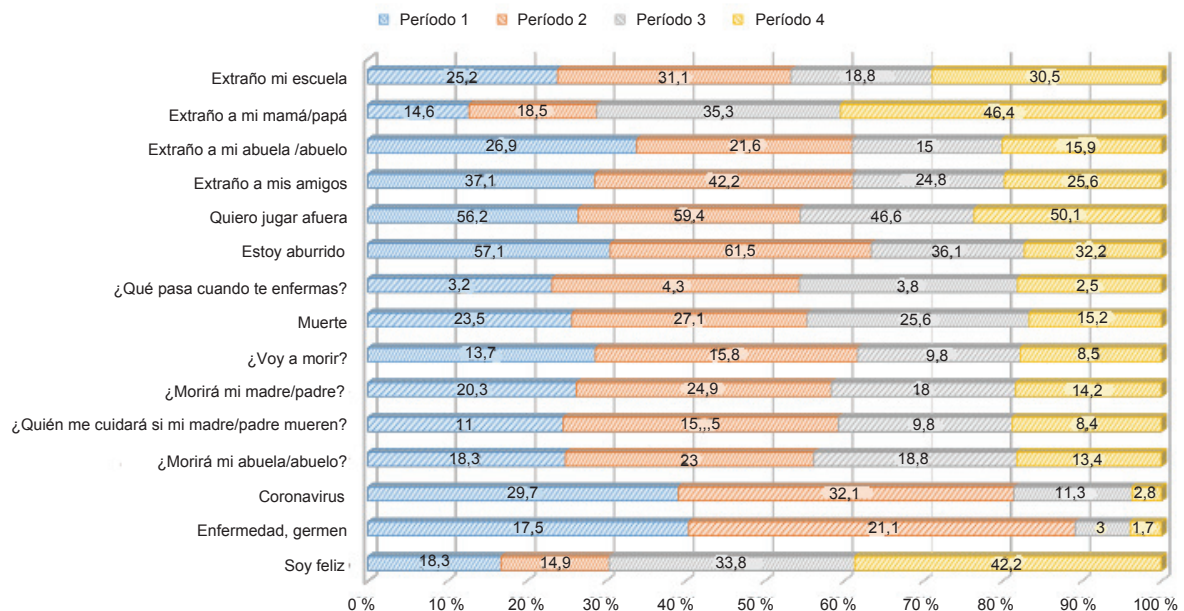
FIGURA 3. Frecuencia de algunas conductas en los niños de acuerdo al periodo

FIGURA 4. Frecuencia de expresiones de los niños según el periodo

“enfermedad”, “epidemia”, “perdí mis amigos/ escuela” y “quiero jugar afuera” aumentaron en el segundo periodo y declinaron después alcanzando su menor frecuencia en el cuarto periodo. En forma inversa, “soy feliz” fue usado con mayor frecuencia en el cuarto periodo (42,2 %) y menos en el segundo.

Las conductas relacionadas con la ansiedad como lavado de manos frecuente ($p: 0,008$), despertar nocturno, enuresis nocturna ($p: 0,005$), miedo al daño ($p: 0,000$) y regresión del lenguaje ($p: 0,000$) fueron significativamente más comunes en los niños expuestos a las noticias sobre muertes o al lenguaje alarmante de los padres. Estos niños también usaron con más frecuencia expresiones negativas y menos la palabra “felicidad” ($p: 0,001$).

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios publicados sobre el impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19, se realizaron en las primeras etapas con una notable escasez de investigaciones enfocadas específicamente en los niños de edad preescolar. Dentro del limitado conjunto de publicaciones disponible, los hallazgos muestran consistentemente que los niños pequeños experimentaron marcados disturbios psicológicos, que incluyeron la ansiedad de separación, el aumento del miedo y de la irritabilidad, y una sensación general de inseguridad.^{2,17,18} Sin

embargo, la evolución longitudinal de estos síntomas conductuales dentro del mismo grupo de edad, a través de las diferentes fases de la pandemia, continúa poco explorado.

Este estudio evaluó la progresión de los síntomas conductuales relacionados con la ansiedad en niños de 3 a 6 años. En la segunda etapa, aproximadamente con un año de restricciones y durante un periodo con altos índices de infección, el 87,8 % de los niños mostraron un exceso de lavado de manos; el 52,7 % exhibió frecuentes episodios de irritabilidad durante el día; el 52 % expresó miedo al daño hacia ellos o sus padres; el 19,7 % tuvo despertares nocturnos recurrentes; el 34 % buscó el colecho con sus padres; el 10,8 % experimentó enuresis nocturna y el 7,8 % mostró signos de retroceso en el lenguaje. Las frecuencias en la segunda etapa fueron mayores que las de estudios publicados previamente.^{2,17-19} Pensamos que estas frecuencias más altas se deben a que el segundo periodo refleja un tiempo en que los niños estuvieron expuestos a prohibiciones por aproximadamente 12 meses.

Un estudio realizado 20 meses después de la pandemia, en niños de 9 a 18 años, encontró que, incluso en niños que concurrían en forma presencial a la escuela, aunque fuera parcial, el impacto de las restricciones sociales todavía era evidente.²⁰ Al menos un 25 % de los niños sentían preocupación con frecuencia y experimentaban emociones

negativas. En nuestro estudio, aunque el efecto de la pandemia disminuyó, los niños todavía estaban afectados por la situación presente hasta en el tercer periodo. Se vio que este efecto disminuía después, en el cuarto periodo.

En forma similar con los cambios en la conducta del niño, expresiones que incluyen anhelos, miedo a la muerte, miedo a enfermar y aburrimiento se usaban con más frecuencia en el segundo periodo que en las otras etapas. En el tercer periodo, cuando muchas prohibiciones finalmente fueron levantadas, y en el cuarto periodo, cuando fueron completamente eliminadas, los niños de este grupo de edad usaron menos estas expresiones, aunque los índices todavía fueron altos. Los niños usaron las palabras “soy feliz” con mayor frecuencia (42,2 % en el cuarto periodo y con la menor frecuencia (14,9 %) en el segundo periodo.

Encontramos que los niños tuvieron conductas y expresiones que podrían estar asociadas con la ansiedad con mayor frecuencia en el primer y segundo periodos. A medida que aumentó la duración de las restricciones aplicadas a los niños durante la pandemia, el efecto sobre ellos también aumentó. Cuando las restricciones fueron levantadas, la situación presente tuvo menor impacto sobre ellos. Al mismo tiempo, los niveles de ansiedad de los padres mostraron un curso similar al de los niños, aunque la duración de las restricciones aplicadas a los adultos, fue más breve que la de los niños. En adelante, cuando se tomen decisiones restrictivas sobre los niños en situaciones de pandemia como la de COVID-19, podría ser útil considerar la salud mental infantil.¹¹

Los estudios muestran que los reportes en los medios (textos e imágenes) y la información recibida de otras personas (rumores) pueden estar asociados con resultados negativos sobre la salud mental.²¹⁻²³ En forma similar, en este estudio encontramos que los niños expuestos a noticias de muerte a través de los medios o a frases atemorizantes de sus padres mostraron con mayor frecuencia conductas, expresiones y palabras que pueden estar relacionadas con la ansiedad o el miedo. Aconsejar a los padres sobre limitar la exposición parental a noticias exageradas o negativas en presencia de sus hijos puede ayudar a aliviar dichos temores.

Este no es un estudio longitudinal en que los mismos niños fueron evaluados en cuatro momentos diferentes. Por lo tanto, no sabemos si los niveles de ansiedad y los síntomas

disminuyeron en los mismos niños en los periodos posteriores de la pandemia. Sin embargo, los hallazgos son valiosos por observar cómo las condiciones de la pandemia y las restricciones aplicadas afectaron el mismo rango etario (3 a 6 años) a través de los 4 años.

Fortalezas y limitaciones del estudio

Una limitación del estudio fue el uso de cuestionarios en línea para la recolección de datos. Aunque este método permitió una participación más amplia durante la pandemia cuando los centros de salud estaban cerrados, los índices de respuesta declinaron a través del tiempo por lo cual varió el tamaño de las muestras en los cuatro periodos. A pesar de eso, el uso generalizado de metodologías similares durante la pandemia permitió comparaciones significativas con otros estudios.

La encuesta pidió clasificar entre 0 y 10 cuando se evaluó la ansiedad. Debemos enfatizar que las respuestas sobre la ansiedad y las conductas de los niños pueden estar afectadas por las características y percepciones de los padres.

Aunque alcanzamos el número propuesto en cada periodo, reconocemos que hubo diferencia en el tamaño muestral entre ellos. Mientras que participaron más personas de las esperadas en el primer y segundo periodo, la participación fue la más baja en el tercero. Los individuos se contactaron con el mismo método, pero respondieron diferente. Pueden haber estado más deseosos de responder las encuestas en línea en las primeras etapas de la pandemia y menos después. Los cambios en el estilo de vida también pueden haber influenciado en el deseo de responder. Dado que el tamaño muestral permite la comparación estadística, no encontramos adecuado reducir los datos de los participantes en el primer y segundo periodos para igualar el número de participantes. Sería relevante evaluar los resultados teniendo en cuenta estas limitaciones.

La fortaleza de este estudio fue la observación de la frecuencia de conductas relacionadas con la ansiedad en niños de 3 a 6 años en cuatro momentos diferentes desde la pandemia hasta la actualidad. Consideramos que este estudio es valioso porque hay pocos sobre este grupo etario y provee información sobre el curso temporal.

CONCLUSIÓN

Encontramos que experimentar mayor

aislamiento social, especialmente cuando las prohibiciones se prolongan, tener padres ansiosos, escuchar noticias sobre muerte en la familia y estar expuestos a frases alarmantes de los padres, incrementa el nivel de ansiedad de los niños percibido por sus padres y la frecuencia de conductas y expresiones que pueden estar relacionadas con la ansiedad. Un entorno de apoyo para los padres mostró ser un factor importante para reducir su ansiedad. Dado que el momento y la duración de las prohibiciones pueden variar de acuerdo con cada país, datos de diferentes partes del mundo pueden ayudar a dilucidar algunas de las dificultades impuestas a los niños por la pandemia. ■

REFERENCIAS

- Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. COVID-19 Pandemic. Our World In Data. 2020. [Accessed on: August 12, 2025]. Available at: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 2020;221:264-6.e1.
- Tatsiopoulos P, Holeva V, Nikopoulou VA, Parlapani E, Diakogiannis I. Children's anxiety and parenting self-efficacy during the COVID-19-related home confinement. *Child Care Health Dev*. 2022;48(6):1103-11.
- Fry-Bowers EK. Children are at Risk from COVID-19. *J Pediatr Nurs*. 2020;53:A10-2.
- Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2023;32(7):1151-77.
- Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020;109(6):1088-95.
- Vessey JA, Betz CL. Everything Old is New again: COVID-19 and Public Health. *J Pediatr Nurs*. 2020;52:A7-8.
- Hale T, Angrist N, Goldszmidt R, Kira B, Petherick A, Phillips T, et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nat Hum Behav*. 2021;5(4):529-38.
- Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Briggs A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-39.e3.
- Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. 2020;293:113429.
- Spitzer M. Open schools! Weighing the effects of viruses and lockdowns on children. *Trends Neurosci Educ*. 2021;22:100151.
- Scheiber F, Nelson PM, Momany A, Ryckman KK, Ece Demir-Lira Ö. Parent mental health and child behavior during the COVID-19 pandemic. *Child Youth Serv Rev*. 2023;148:106888.
- Miao R, Liu C, Zhang J, Jin H. Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2023;340:914-22.
- Warner EN, Ammerman RT, Glauser TA, Pestian JP, Agasthya G, Strawn JR. Developmental epidemiology of pediatric anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2023;32(3):511-30.
- Crandall M, Lammers C, Senders C, Savedra M, Braun JV. Initial validation of a numeric zero to ten scale to measure children's state anxiety. *Anesth Analg*. 2007;105(5):1250-3.
- Romero-Acosta K, Gómez-de-Regil L, Lowe GA, Lipps GE, Gibson RC. Parenting Styles, Anxiety and Depressive Symptoms in Child/Adolescent. *Int J Psychol Res (Medellin)*. 2021;14(1):12-32.
- Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front Psychol*. 2020;11:579038.
- Pisano L, Galimi D, Cerniglia L. A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in, 4–10. years children in Italy. *PsyArXiv*. April 2020. [Accessed on: August 12, 2025]. Available at: https://osf.io/preprints/psyarxiv/stwbn_v1
- Dönmez YE, Uçur Ö. Frequency of Anxiety, Depression, and Irritability Symptoms in Children During the COVID-19 Outbreak and Potential Risk Factors Associated With These Symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2021;209(10):727-33.
- Pena-Shaff J, Heckart A, Mannion C, Barry K. Caregivers' anxiety and perception of their children's wellbeing: a year into the COVID-19 pandemic. *Front Psychol*. 2023;14:1115322.
- Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Kumar Meena A, Madaan P, et al. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr*. 2021;67(1):fmaa122.
- Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924.