



ACTUALIZACIÓN DE LA PROPUESTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA-AEP CON RELACIÓN A LA APERTURA GRADUAL DE LAS ÁREAS DE EDUCACIÓN INFANTO JUVENIL.

Actualización 18 de mayo.

Este documento actualiza los documentos previos publicados por la AEP sobre este tema, de fechas 8 mayo 2020, 15 mayo 2020, 12 junio 2020 y 31 de agosto 2020.

1. Evaluación crítica de la estrategia durante el curso escolar Sept 2020-Julio 2021

Antes de actualizar nuestras recomendaciones de escolarización para el curso 2021-2022, parece importante analizar cómo se ha aplicado la estrategia propuesta para septiembre 2020, y qué impacto ha tenido en el riesgo de infectarse de los niños, los docentes y en la transmisión comunitaria en general. Es importante también considerar las consecuencias indirectas de la pandemia, y muy concretamente de la escolarización no presencial, en términos de salud mental, física y la brecha de desigualdad para los niños en nuestro país.

a) Contribución del mantenimiento de escuelas abiertas a la transmisión comunitaria y brotes en el entorno escolar

La decisión de recomendar la reapertura escolar y la asistencia presencial a las clases, implementada en septiembre 2020 estuvo rodeada de cierta polémica dado que hubo detractores que cuestionaron su seguridad y alertaron del posible riesgo en el que potencialmente se iba a incurrir. La revisión meticulosa de los datos en las escuelas ha demostrado lo contrario, y las lecciones aprendidas serían las siguientes:

- La implementación de las medidas de prevención ha sido ejemplar, por niños y familias, su seguimiento muy alto, y el compromiso y cumplimiento de los profesionales en las escuelas ha sido encomiable.
- Los alumnos- incluidos los más pequeños- han tolerado bien el uso continuado de mascarilla y otras medidas de prevención, sin duda, porque se les ha hecho partícipes.
- Los brotes originados en las escuelas han sido escasos, y los eventos de “*superpropagación*” entre niños extraordinariamente infrecuentes.
- Durante el año escolar 2020-21, la media habitual de grupos burbuja confinados en cualquier semana no ha superado por norma general el 1-2%.
- El porcentaje de alumnos o de docentes infectados en cualquier semana, considerando el total de alumnos o maestros, no ha superado tampoco el 1%, estando cercano al 0.5% la mayor parte del tiempo.
- La R^* ; es decir “**el número de reproducción calculado para la escuela**”, ha sido cercano a 0.3 en los alumnos de primaria y alrededor del doble (~0.6) en los de secundaria, confirmando la menor infecciosidad de los niños en general, y el ligero mayor potencial infeccioso de adolescentes frente a los niños pequeños.

- Se ha podido demostrar que la mayoría de las infecciones detectadas en las escuelas provenían del entorno domiciliario de los alumnos, y no tanto de transmisión en la propia escuela.
- Las estrategias de trazabilidad y aislamiento dentro de los **grupos burbuja** han funcionado de forma ágil, y han permitido poder dirigir las restricciones a los grupos burbuja afectados, no teniendo que aislar la totalidad de la escuela.
- Muy pocas escuelas han tenido que cerrar completamente por sospecha de transmisión intra-escuela.
- Mantener las escuelas abiertas no ha amplificado en ningún momento la transmisión comunitaria, ni siquiera durante el pico de transmisión observado en la tercera ola (enero 2021).

Un artículo reciente publicado en la revista *Science*, que analiza de forma pormenorizada el impacto de la presencialidad en las escuelas en Estados Unidos destaca que la implementación de medidas básicas de prevención contrarresta el mayor riesgo de transmisión inherente al movimiento de alumnos y profesores, confirmando el **bajo riesgo achacable a mantener las escuelas abiertas cuando se aplican las medidas de prevención adecuadas**.

2. Impacto indirecto de la COVID 19 en la infancia.

a) Las consecuencias no infecciosas de la COVID 19 en la infancia.

Las consecuencias para la población infantil y juvenil de la COVID 19 y de las medidas adoptadas para su control, van más allá del número de contagios y de la mortalidad por coronavirus. Durante meses, niños y adolescentes han permanecido confinados en sus casas y su única relación social, cuando la ha habido, ha sido a través de medios digitales. La calidad de cuidados, de estimulación y de la satisfacción de sus necesidades básicas ha dependido de las condiciones de la vivienda, de los recursos de sus familias y de la actitud y capacidades de los padres y madres. Durante el confinamiento las carencias familiares no han podido ser detectadas y compensadas a través de los colegios y centros de enseñanza secundaria, ni de las consultas de pediatría, y los dispositivos no han estado preparados para su recuperación tras la incorporación a las aulas, a veces semipresencial.

El cierre de los centros docentes y la improvisada enseñanza no presencial han exigido una mayor implicación de padres y madres en las tareas escolares de los hijos, según sus capacidades tecnológicas y la disponibilidad de equipos y de conexión a Internet; lo que ha supuesto para muchos alumnos una desventaja con respecto a compañeros con suficientes recursos y, a nivel social, una verdadera “brecha digital” que ha venido a incrementar las desigualdades en el acceso al aprendizaje, reconocido como derecho en la Comisión de Derechos del Niño.

Durante la pandemia, la situación económica se ha deteriorado para muchas familias y se han incrementado la precariedad y la pobreza. Las carencias y las necesidades de atención global son mayores en alumnos y alumnas pertenecientes a familias en situación de riesgo; como son las familias monoparentales sin red de apoyo social, las que no cuentan con facilidades para la conciliación laboral, las familias en situación de precariedad y de pobreza, y las que viven en viviendas pequeñas o en malas condiciones de habitabilidad; donde los hijos viven el impacto con una intensidad especial, aunque el impacto de la pandemia por COVID 19 afecte en general a todos los niños y adolescentes.

b) Las consecuencias de los determinantes sociales durante la pandemia

Las consecuencias psicológicas y de aprendizaje derivadas de los determinantes sociales para la salud se han visto incrementadas bruscamente y tienen efectos no solo a corto plazo sino, también, en los cursos venideros en función de que se adopten las medidas de atención global que sean necesarias en cada caso; fundamentalmente: apoyo a las familias, protección frente a la violencia, atención psicológica y refuerzo pedagógico.

Existe constancia de que han aumentado los casos de violencia de género, de violencia y maltrato intrafamiliar, de abuso sexual, de adicciones a las nuevas tecnologías de comunicación (TIC) y el acoso a través de las redes, con mayor invisibilidad de la que suele caracterizar a estas formas de violencia, lo que ha dificultado la necesaria protección y la atención integral.

Otra consecuencia ha sido la vivencia del miedo a la enfermedad por la información que los menores han recibido y a la muerte de familiares; lo que debe considerarse una experiencia adversa con posible impacto para la salud psicológica actual y en etapas posteriores, que puede ocasionar tristeza, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta y del aprendizaje. No es una sorpresa por tanto que las consultas en el sistema de salud por patología psicológica o psiquiátrica en menores de edad, y especialmente en la población de adolescentes, se hayan multiplicado en los últimos meses.

c) El efecto compensador de la formación presencial.

En muchos casos, estos trastornos psicológicos y carencias básicas no se han detectado durante la formación no presencial ni tras la incorporación posterior, o no han sido compensados con medias psicopedagógicas adecuadas. Por otra parte, en la reapertura de las escuelas de educación infantil, y centros de educación primaria y secundaria no se han reforzado los recursos específicos para la recuperación de los efectos psicológicos y sobre el aprendizaje; como son los Equipos de Orientación, de Compensación Educativa y los Programas de Prevención del Abandono y del Fracaso Académico.

Como medida preventiva y paliativa de las carencias del entorno familiar y de la situación de pobreza que afecta a gran parte del alumnado, consideramos especialmente importante que se garantice la escolarización universal y gratuita en la etapa 0 a 3 años, especialmente en familias en situación de riesgo social y, más aún, en zonas de exclusión social, donde puede ser un factor determinante para la fidelización de la escolaridad y prevención del absentismo y del abandono escolar en etapas posteriores, especialmente en adolescentes.

La escuela y los centros de educación secundaria deben participar, desde sus competencias profesionales, en la prevención, atención y recuperación de estos alumnos; para lo que deben introducir algunos cambios en el modelo pedagógico y asumir objetivos de respuesta a la situación social y no solo académicos.

La escuela debe participar en la promoción del desarrollo en las diferentes etapas de la infancia, en la prevención de los problemas que puedan afectar a su salud integral y a su aprendizaje, en la protección contra cualquier forma de violencia y en la recuperación de los efectos de las carencias y de las experiencias adversas que puedan ser un obstáculo para su desarrollo o su aprendizaje; para que puedan tener un proyecto vital digno y satisfactorio y una incorporación a la sociedad en igualdad de condiciones; para lo **que es imprescindible mantener una ratio de alumnos por profesor adecuada, no solo para la prevención de contagios, sino para adaptarla a la capacidad educativa que tiene un profesor.**

A la escuela le corresponde ofrecer el necesario refuerzo pedagógico para recuperar al alumnado que padece un impacto social y psicológico que afecta a su salud y a su aprendizaje. Es importante que el modelo de formación se adapte para recuperar a las alumnas y a los alumnos que presentan absentismo o están en riesgo de fracaso y abandono escolar, ofreciéndole otras alternativas y la posibilidad de una “segunda oportunidad” para incorporarlos a una formación adaptada a ellos y orientada a la inclusión social y a la actividad laboral como parte imprescindible de su salud integral.

3. Salud mental en niños y adolescentes durante la pandemia COVID

La infancia y de forma especial la adolescencia son etapas muy vulnerables en salud mental, donde se producen múltiples y determinantes cambios en cortos periodos de tiempo. Datos disponibles pre-pandemia señalan: casi la mitad de los trastornos mentales se inician antes de los 14 años; el 10% de los menores de 12 años y 20% de adolescentes desarrollarán en algún momento algún tipo de trastorno mental. El suicidio es la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15-29 años y su principal causa es la depresión, en especial cuando no se diagnostica y no se trata.

a) Riesgo de psicopatía a largo plazo en menores.

Los principales factores de riesgo implicados que asocian consecuencias psicológicas negativas durante la pandemia; se han referido anteriormente: la incertidumbre, el exceso de noticias, el distanciamiento social y de la familia extensa, la ausencia de rutinas, el abuso de pantallas, los ritmos irregulares de sueño y un patrón de alimentación menos saludable. Posteriormente, las dificultades económicas y de conciliación de trabajo con el cuidado familiar, y las posibles situaciones de enfermedad propia, de familiares cercanos o incluso el duelo por fallecimiento de seres queridos. **El estrés agudo o crónico está descrito como un desencadenante de problemas de salud mental en los niños y adolescentes y es, el momento clave para realizar todas las intervenciones posibles con el fin de reducirlo** y evitar que las dificultades psicológicas se cronifiquen dando lugar a psicopatologías más graves. Los niños de hoy serán los adultos de mañana.

b) Aumento de problemas psiquiátricos en población infanto-juvenil por la pandemia

Inicialmente el confinamiento pudo vivirse por los menores como una aventura, incluso agradeciendo pasar más tiempo con sus padres. Los adolescentes se sentían más libres pudiendo disfrutar más tiempo en Internet, incluso para algunos, no acudir al colegio era una liberación. Pronto comenzaron a aparecer apatía, inquietud, aburrimiento, dificultades de concentración, insomnio o miedos excesivos. Los principales datos publicados en España y en otros países muestran como **han aumentado los síntomas relacionados con diversos trastornos psiquiátricos**, principalmente depresivos, de ansiedad y de comportamientos autolesivos y trastornos de la conducta alimentaria. Los estudios señalan que la mayoría de los menores han presentado dificultades de concentración, aburrimiento, irritabilidad, inquietud, nerviosismo, sentimientos de soledad, malestar y preocupaciones excesivas. Estos resultados son muy preliminares, y se espera que al retomar hábitos saludables y contando con apoyos necesarios, la mayoría de los niños recuperen su funcionamiento normal. En los servicios de pediatría de atención primaria y en las derivaciones a salud mental se ha objetivado un repunte claro de las consultas por ansiedad, síntomas de tipo obsesivo-compulsivo, depresión, autolesiones e ideación suicida y restricciones alimentarias graves. Los trastornos de la conducta alimentaria que se están valorando son más graves y requieren más ingresos que antes de la pandemia.

c) Adicciones a sustancias y pantallas

Los adolescentes por naturaleza tienen un nivel de impulsividad superior al de los niños y los adultos, debido a un predominio neurobiológico del sistema límbico (emocional) sobre el frontal (control de las acciones). En los últimos años, el desarrollo de las redes sociales y videojuegos ha sido logarítmico y todas estas tecnologías tienen un componente adictivo; **siendo los adolescentes el grupo más vulnerable para desarrollar problemas relacionados con la dependencia de dispositivos de acceso a Internet**. Una de las medidas más efectivas para evitar conductas adictivas consiste en garantizar el acceso a actividades alternativas saludables. Cuando los niños y adolescentes tienen oportunidad de pasar tiempo al aire libre con sus iguales

y realizar actividades deportivas y de ocio, el tiempo dedicado a pantallas se reduce de forma notable. Es comprensible por tanto que durante el confinamiento y la llamada nueva normalidad el tiempo dedicado a pantallas haya aumentado de una forma tan notable. El abuso de pantallas se ha relacionado con problemas psiquiátricos tales como ansiedad social, depresión y problemas de atención, así como una dieta menos saludable y un mayor nivel de sedentarismo, sobrepeso y obesidad. El consumo de tóxicos, alcohol o cannabis, ha sido más difícil pero no imposible durante el confinamiento. Las consultas por motivos relacionados con los consumos en menores se habían reducido notablemente pero ya se están igualando a las previas. Algunos expertos predicen, basándose en fenómenos históricos, que es probable en los próximos 2-3 años un repunte brusco de todo tipo de consumos en jóvenes, lo que se está denominando “Los nuevos locos años 20”. Es necesario potenciar actuaciones que favorezcan un estilo de vida saludable, y reduzcan el impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en niños y adolescentes:

4. Vacunación anti-COVID-19 en el profesorado y alumnos

Con la llegada de variantes más infecciosas a nuestro país en los primeros meses del 2021, se puso de manifiesto la posibilidad de que las escuelas dejaran de ser un “entorno seguro” dado que estas nuevas variantes podían conferir una mayor infecciosidad a los alumnos. Algunas voces volvieron a poner en entredicho la seguridad de la estrategia, abogando por el cierre de las escuelas y mantener -bajo el principio de prudencia- a los niños de nuevo en casa. La decisión de mantener las escuelas abiertas fue complementada a las pocas semanas con la decisión de incluir a los profesionales de la educación de los centros educativos como “prioritarios” para ser vacunados. Esto permitió plantear la vacunación de este colectivo de forma rápida, reforzando la estrategia decidida en relación con las escuelas.

El curso 2021-2022 presumiblemente se iniciará con la práctica totalidad del personal de los centros educativos adecuadamente vacunado y protegido. Sin embargo, la vacunación de los menores de edad todavía tardará. La aprobación por parte de la FDA americana y de la agencia de salud canadiense de la vacuna de Pfizer/BioNTech para su uso en el segmento de población 12-16 año, será seguramente seguida por una aprobación expeditada por parte de la Agencia Europea del Medicamento, permitiendo su uso en este grupo de edad. Sin embargo, desde el punto de disponibilidad de vacunas en el país, es posible que los adolescentes sean el último grupo de edad en términos de prioridad, a la hora de tener acceso a las vacunas, dada la escasa trascendencia clínica de las infecciones por SARS-CoV-2 en este grupo etario. Por tanto, parece importante destacar que hasta que los adolescentes - el grupo con mayor capacidad de transmisión entre todos los grupos escolares- no inicien su vacunación masiva, y una proporción importante no haya sido vacunada, ciertas medidas de prevención -siempre en concordancia con la intensidad de transmisión existente en cada momento- deberán ser mantenidas. Una vez la gran mayoría de los alumnos del grupo de edad 12-15 haya sido vacunado, las medidas de prevención podrán liberalizarse de forma mucho más drástica.

Es urgente que se inicie un proceso de reflexión y debate, así como los preparativos para la toma de decisiones en torno a la vacunación infantil frente a la infección causada por el SARS-CoV-2. Una vez que los adultos estén inmunizados, los niños, así como las personas que no hayan querido vacunarse, serán los más susceptibles a la infección por el virus. Evitar su transmisión pasará por incorporar cuanto antes a las estrategias de vacunación a la población susceptible.

Cuándo y cómo deben usarse las vacunas en la población infantil son cuestiones pendientes de los resultados de los ensayos clínicos en marcha. El seguimiento pormenorizado de los avances en la investigación de la inmunización frente al SARS-CoV-2 en niños, demuestra que ya hay ensayos clínicos en fase avanzada de estudio en humanos que incluyen a niños y adolescentes; así como resultados preliminares de la vacuna de Pfizer-BioNTech en adolescentes de 12-15 años

de edad, como se refiere anteriormente, para el uso de emergencia en esta franja de edad. Los resultados facilitados por la compañía están en línea con los mostrados en el resto de la población de 16 o más años, con una eficacia elevada y un perfil de seguridad similar. Esta será, previsiblemente, la primera vacuna a usar en adolescentes, pues es la que tiene más avanzada la autorización para su uso en este rango de edad. La segunda se prevé que sea la de Moderna, que está basada en la misma tecnología ARN mensajero. Las dos vacunas de adenovirus aprobadas en Europa, la de AstraZeneca y la de Johnson & Johnson, también han iniciado ensayos en niños y adolescentes. Otras vacunas están siendo objeto de investigación en niños a partir de los 3 años de edad. Por el momento, la vacuna frente al COVID-19 no está recomendada para menores de edad y los límites que marcan actualmente las fichas técnicas de las vacunas disponibles son a partir de 16 años para la vacuna de Pfizer y de 18 para el resto de las inmunizaciones disponibles.

RECOMENDACIONES PARA EL CURSO 2021-2022

a) Medidas de prevención a implementar en el curso escolar 2021-22

1. Se mantienen las recomendaciones de mitigación de contagio, referidas en agosto 2020. A medida que vaya disminuyendo la intensidad de transmisión y que se inicie la vacunación de los alumnos podrán relajarse progresivamente, y en este orden, las medidas de:
 - Necesidad de desinfección continuada de superficies en las aulas
 - Distancia física interpersonal necesaria
 - Número de personas en los grupos burbuja y ratio profesores/alumnos
 - Uso de mascarillas en espacios abiertos
 - Uso de mascarillas en espacios cerrados.Es importante destacar el enorme impacto que el uso de las mascarillas ha tenido, no solo para la contención del SARS-CoV-2 sino que también para la disminución de la transmisión de otros virus respiratorios comunes en la edad pediátrica.
2. El fomento de la ventilación activa de las aulas debe mantenerse por el momento

b) Vacunación infanto-juvenil:

3. Instaurar la vacunación de la COVID 19 empezando por los alumnos de secundaria. Posiblemente se establezca la vacunación universal en niños; pero el Comité Asesor de Vacunas de la AEP realiza recomendaciones, siempre provisionales por la velocidad a la que se suceden los cambios, para priorizar su utilización y propone el orden que debería seguirse a la hora de vacunar a la población infantil:
 - Primero los niños en situación de riesgo por padecer un trastorno neurológico relevante o una condición asociada a déficit cognitivo (ej. síndrome de Down); aquellos con enfermedades crónicas o con elevadas necesidades de cuidados y gran dependencia; y, en ambos casos, si asisten a centros residenciales o educativos con otros niños, que se incrementa de forma sustancial el riesgo de exposición e infección.
 - Segundo lugar: niños sanos de entre 12-15 años, cuando se apruebe la indicación.
 - Respecto a los menores de 12 años, es prematuro opinar sobre el papel que podría jugar su eventual vacunación en el control de la pandemia y el beneficio en la transmisibilidad, en la situación epidemiológica con población de niños mayores y adultos inmunizados; y habrá que esperar a los resultados de la investigación y a comprobar el impacto de la vacunación universal en adultos y adolescentes en su evolución.
4. El uso de las vacunas en niños y adolescentes necesita el consentimiento escrito de las familias o tutores legales y el acuerdo del propio adolescente, según los casos. En este sentido, el CAV-AEP aconseja que los sanitarios de referencia implicados en la atención

de estos pacientes ofrezcan toda la información necesaria a las familias o tutores legales de los niños y adolescentes incluidos en los grupos de riesgo. Estas tendrán la oportunidad de aclarar sus dudas y discutir las ventajas e inconvenientes, antes de tomar su decisión.

5. Es conveniente recordar que los cuidadores (profesionales y no profesionales) de los niños de cualquier edad con la condición de gran dependiente, deben ser vacunados frente a la COVID 19, salvo contraindicación, de acuerdo con los criterios aplicados actualmente en cada comunidad autónoma.

b) Recomendaciones para el ámbito escolar destinadas a mitigar el impacto psicosocial indirecto de la pandemia en los niños

6. Garantizar educación infantil gratuita y de calidad a todos los niños de familias en situación de riesgo y, especialmente, en núcleos de exclusión social.
7. Reforzar los dispositivos de "Orientación Psicopedagógica" en los centros de enseñanza primaria y secundaria.
8. Establecer un modelo de atención académica centrado en las necesidades globales del alumnado, y no solo en la obtención de metas curriculares, con especial atención a la recuperación mediante el adecuado refuerzo pedagógico individualizado.
9. Desarrollar un modelo de atención interdisciplinar basado en la colaboración y el trabajo en red con los servicios sociales y de salud en el ámbito local más próximo, para atender a niños con problemas psicosociales.
10. Reforzar el desarrollo de programas de prevención del abandono y del fracaso académico, y ofrecer alternativas que supongan una segunda oportunidad, con objetivos y metodología flexible y adaptada.
11. Dotar a los centros docentes y a las familias de los recursos tecnológicos necesarios para garantizar una formación más inclusiva que reduzca desigualdades, evite el fracaso académico y contribuya a reducir la pobreza, y atender a las necesidades de alimentación con la apertura de comedores escolares y actividades extracurriculares durante todo el año.
12. Mantener la escolarización presencial con las necesarias adaptaciones organizativas y metodológicas, y con las medidas de seguridad frente al contagio y transmisión del coronavirus.

c) Recomendaciones y necesidades para preservar la salud mental en niños y adolescentes

13. Mejorar los sistemas de coordinación entre equipos de atención primaria- Pediatras y MF que inevitablemente tratan adolescentes- y los servicios de salud mental y su accesibilidad. Incorporar psicólogos a los dispositivos de AP es determinante en prevención y detección temprana.
14. Garantizar la escolarización completa para todas las edades de niños en el país, evitando el modelo semipresencial, siendo una necesidad además de educativa y social, de salud mental.
15. Fomentar las actividades de ocio, en especial deportivas: apertura permanente de parques infantiles, centros deportivos y organizar actividades para niños y adolescentes.
16. Implantar programas de promoción de la salud mental- con especialistas expertos Psiquiatras y Psicólogos pediátricos - universales e independientes, enfocados en la prevención, detección temprana y lucha en contra del estigma de la enfermedad mental.
17. Aprobar e implementar la Ley de prevención del suicidio, con apartados específicos para adolescentes

CONCLUSIONES

España fue el año pasado el décimo país donde menos días de clase se perdieron, de un total de ~30 países analizados por la OCDE. Países que durante la primera ola habían mantenido las escuelas abiertas optaron, a diferencia de España, por estrategias más conservadoras y se han visto forzados a suspender temporalmente las clases presenciales. La decisión valiente, que no temeraria, ya que estuvo basada en sólidas hipótesis científicas, ha permitido garantizar la escolaridad presencial para los ~8 millones de alumnos españoles ininterrumpidamente desde el inicio del curso escolar 2020-2021, con un evidente beneficio en su salud física, psicosocial y mental, así como en su aprendizaje. Esta es una de las grandes historias de éxito en nuestro país, y de ella tenemos que aprender; tanto es así que España se ha convertido en el modelo a copiar por otros países para una vuelta a la escolarización presencial segura.

Agilizar la vacunación en los adolescentes y en los niños permitiría reducir los contagios en esta edad, facilitando el contacto social y evitando cuarentenas. En definitiva, incrementaría las probabilidades de conseguir un estilo de vida normalizado, y reducir así las consecuencias psicológicas de la COVID. El avance poblacional de la vacunación en España, así como la presumible disminución progresiva de la intensidad de transmisión hacen que el escenario futuro en relación con el próximo curso académico se plantee con cierto optimismo. Las medidas de precaución básica podrán ir aligerándose, en paralelo a la disminución de la intensidad de transmisión, y, sobre todo, una vez que los adolescentes vayan siendo vacunados. Mientras tanto, seguiremos dependiendo del apoyo de los centros y los profesionales que trabajan en las escuelas para mantener la implementación de las medidas necesarias, así como de la concienciación individual, de las familias y de que los escolares se sientan partícipes en mitigar la pandemia; y sin duda de la labor infatigable de los pediatras, para que las escuelas sigan siendo, como lo han sido en los últimos meses, entornos seguros.

La Asociación Española de Pediatría –AEP– recuerda que **el éxito en la apertura escolar está directamente relacionado con el cumplimiento de las medidas preventivas: ratio profesor/alumno, distanciamiento, grupos burbuja, mascarilla, higiene de manos y superficies, ventilación y aislamiento de casos y contactos**. La AEP insiste en recordar la importancia de comportarse de forma responsable ante síntomas compatibles con COVID en casa, en la comunidad, en el trabajo y en el ámbito educativo infantojuvenil. Anima a todos a seguir siendo un modelo robusto y pionero para nosotros y para nuestros vecinos a nivel europeo e internacional.

Autores

Grupo de Trabajo de la AEP para la Reapertura de la Escolarización: Quique Bassat, Juan Gil Arrones, Concha Bonet, María José Mellado.

Asesoría Comité Ejecutivo AEP: Juan Ruiz Canela

Asesores Externos:

Francisco Álvarez y Ángel Hernández Merino, en representación del **Comité Asesor de Vacunas de la AEP**.

Azucena Díez Suárez, en representación de la **Sociedad Española de Psiquiatría Infantil**.

Referencias bibliográficas

- Lessler J, Grabowski MK, Grantz KH, Badillo-Goicoechea E, Metcalf CJE, Lupton-Smith C, Azman AS, Stuart EA. Household COVID-19 risk and in-person schooling. *Science*. 2021 Apr 29:eabh2939. doi: 10.1126/science.abh2939. Online ahead of print. PMID: 33927057
- The state of school education: One year into the COVID pandemic. OECD. Updated 13 April 2021. <https://www.oecd.org/education/state-of-school-education-one-year-into-covid.htm>
- Goldstein E, et al. On the Effect of Age on the Transmission of SARS-CoV-2 in Households, Schools, and the Community. *J Infect Dis*. 2021. PMID: 33119738
- Matthew D Snape, Russell M Viner. COVID-19 in children and young people. *Science*. 2020 Oct 16;370(6514):286-288. doi: 10.1126/science.abd6165. Epub 2020 Sep 21.
- Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 22;17(8):2893. doi: 10.3390/ijerph17082893
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Board on Science Education; Standing Committee on Emerging Infectious Diseases and 21st Century Health Threats; Committee on Guidance for K-12 Education on Responding to COVID-19. Reopening K-12 Schools During the COVID-19 Pandemic: Prioritizing Health, Equity, and Communities. Schweingruber H, Dibner K, Bond EC, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2020 Jul 15. PMID: 33231959.
- López-Bueno R, López-Sánchez GF, Casajús JA, Calatayud J, Gil-Salmerón A, Grabovac I, Tully MA, Smith L. Health-Related Behaviors Among School-Aged Children and Adolescents During the Spanish Covid-19 Confinement. *Front Pediatr*. 2020 Sep 11;8: 573. doi: 10.3389/fped.2020.00573. PMID: 33042917; PMCID: PMC7516648.
- Ghate S, Parekh BJ, Thapar RK, Nadkarni PR, Sen S, Bansal U, Sambhariya CH, Popat S, Bhattacharya P, Kirtani S, Kanetkar Y, Vats SP, Kamath SS, Raj M, Basavaraja GV, Gupta P. Indian Academy of Pediatrics Guidelines on School Reopening, Remote Learning and Curriculum in and After the COVID-19 Pandemic. *Indian Pediatr*. 2020 Dec 15;57(12):1153-1165. doi: 10.1007/s13312-020-2072-7. Epub 2020 Oct 12. PMID: 33043889; PMCID: PMC7781819.
- Plataforma de Organizaciones de Infancia. Informe: "Por una reconstrucción con enfoque de infancia. Principales recomendaciones". Disponible en: <https://plataformadeinfancia.org/documento/covid-19-recomendaciones-para-una-reconstruccion-con-enfoque-de-infancia/>
- EAPN. Nuevas necesidades observadas por las entidades sociales ante el coronavirus. 2020.: Disponible en: <https://www.eapn.es/covid19/publicaciones/10/nuevas-necesidades-observadas-porlas-entidades-sociales-ante-el-coronavirus>
- Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. 29-10-2020: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/COVID19_EquidadSalud.htm
- Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(8):620–3.

- Pedreira Massa JL. Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: visión desde la psicopatología y la Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de octubre: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202010141.pdf
- UNICEF informe “Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19: Propuestas de Unicef España” 2020. [Disponible en: https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana](https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana)
- Fundación ANAR. Comparecencia de la fundación ANAR ante la Comisión para la reconstrucción social y económica del Congreso de los Diputados con objeto de informar sobre los efectos del confinamiento sobre los menores de edad en España. Mayo 2020 [citado 6 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2020/05/Comparecencia-de-ANAR-en-el-Congreso-29-05-2020-4.pdf>
- Universidad Miguel Hernández de Alicante. Covid-19: Primeros datos sobre alteraciones psicológicas en niños españoles. 2020. <https://aitanainvestigacion.edu.umh.es>
- Plataforma de Asociaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica en su publicación: Salud mental en la infancia y adolescencia en la era del COVID-19. Disponible en: <https://aepnya.es/salud-mental-en-la-infancia-y-adolescencia-en-la-era-del-covid-19>
- <https://elpais.com/educacion/2021-04-02/espana-esta-entre-los-paises-que-menos-clases-ha-perdido-por-la-pandemia.html>
- European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in transmission -first update. Stockholm; 2020. Erratum 12 January 2021. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-in-children-and-the-role-of-school-settings-in-transmission-first-update_1.pdf
- Clemens V, Deschamps P, Fegert J, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M et al. Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. Eur Child Adolesc Psychiatry 2020; 29(5): 1-4. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01549-w3>.
- Figueiredo CS, Sandre PC, Portugal LCL, Mázala-de-Oliveira T, da Silva Chagas L, Raony Í, Ferreira ES, Giestal-de-Araujo E, Dos Santos AA, Bomfim PO. COVID-19 pandemic impact on children and adolescents’ mental health: Biological, environmental, and social factors. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Mar 2; 106: 110171. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110171. Epub 2020 Nov 11. PMID: 33186638
- Gao J, Zheng P, Jia Y, Mao Y, Chen S, Wang F et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS ONE 2020; 15(4): e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health 2017; 2: e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
- Orgilés, M., Morales, A., Delveccio, E., Mazzesci, M., y Espada, J. P. (2020): Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain;
- Prime H, Wade M, Browne D. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. Am Psychol 2020; 75: 631-643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. Indian J Pediatr. 2020 Jul;87(7):532-536. doi: 10.1007/s12098-020-03347-3. Epub 2020 May 29. PMID: 32472347
- Wang C, Pan R, WAN X, Tan Y, Xu L, Ho C et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease

- (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1729.
- 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* 2020; 395: 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).
 - Posicionamiento asociaciones de salud mental: <https://www.anpir.org/salud-mental-en-la-era-del-desconfinamiento-del-covid-19-posicionamiento-de-las-asociaciones-de-psiquiatria-y-psicologia-clinica-especialmente-en-ninos-y-adolescentes/>
 - Documento de Naciones Unidas: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/160420_Covid_Children_Policy_Brief.pdf
 - Informe de investigación acerca de las consecuencias psicológicas de la COVID, varias universidades: https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
 - Comité Asesor de Vacunas (CAV-AEP). Virus SARS-CoV-2. Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; mayo/2021. [consultado el 18/mayo/2021]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-43>.