

University of Texas Rio Grande Valley

ScholarWorks @ UTRGV

Psychological Science Faculty Publications and Presentations

College of Liberal Arts

10-2021

Covid-19 y autismo: impacto en las personas con autismo y sus familias en Uruguay

Gabriela Garrido

María Cecilia Montenegro

The University of Texas Rio Grande Valley

Cecilia Amigo

Daniel Valdez

Natalia Barrios

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: https://scholarworks.utrgv.edu/psy_fac



Part of the [Psychology Commons](#)

Recommended Citation

Garrido Candela, G., Montenegro, M. C., Amigo Fernández, M. C., Valdez, D., Barrios, N., Cukier, S., ... & Montiel Nava, C. (2021). Covid-19 y autismo: impacto en las personas con autismo y sus familias en Uruguay. *Rev. psiquiatr. Urug*, 12-27.

This Article is brought to you for free and open access by the College of Liberal Arts at ScholarWorks @ UTRGV. It has been accepted for inclusion in Psychological Science Faculty Publications and Presentations by an authorized administrator of ScholarWorks @ UTRGV. For more information, please contact justin.white@utrgv.edu, william.flores01@utrgv.edu.

Authors

Gabriela Garrido, María Cecilia Montenegro, Cecilia Amigo, Daniel Valdez, Natalia Barrios, Sebastián Cukier, Alexia Rattazzi, Analía Rosoli, Ricardo García, Cristiane S. Paula, Georgina Pérez Liz, and Cecilia Montiel-Nava

Covid-19 y autismo: impacto en las personas con autismo y sus familias en Uruguay

Trabajo original

Resumen

La pandemia de covid-19 y las medidas asociadas determinaron cambios profundos en los individuos con trastorno del espectro autista (TEA) y sus familias. Se busca explorar estos efectos a nivel de las emociones y comportamientos en esta población en Uruguay. Dentro de un estudio multicéntrico de ocho países de Latinoamérica, se utilizó la submuestra de Uruguay para analizar los cambios de los comportamientos exhibidos por los individuos con TEA sobre la base de género y edad. Entre los 269 cuidadores que completaron una encuesta anónima, el 43,9 % reportó mayores problemas de convivencia y el 75,4 % reportó retrocesos. El empeoramiento de los comportamientos externalizados fue mayor en el sexo masculino y de los internalizados, en los adolescentes de 13 a 18 años. Estos resultados deberían considerarse a la hora de tomar medidas que comprometen la continuidad educativa, apoyos terapéuticos y de asistencia a las familias con personas con TEA en Uruguay.

Palabras clave

autismo
trastornos espectro autista
Uruguay
covid-19
problemas internalizados/externalizados

Summary

COVID-19 pandemic and its associated measures, determined profound changes in individuals with autism spectrum disorder (ASD) and their families. Authors explore consequences regarding emotions and behaviors in this population in Uruguay. Within a multicentric study of eight Latin American countries, changes in behaviors in individuals with ASD based on gender and age were analyzed in the Uruguayan subsample. Among the 269 caregivers who completed an anonymous survey, 43.9% reported greater problems in daily life and 75.4% reported setbacks. The worsening of externalizing behaviors was greater in males. The internalizing ones were higher in adolescents aged 13 to 18 years. These results should be considered when taking measures that compromise educational continuity, therapeutic supports and assistance to families with people with ASD in Uruguay.

Key words

autism
autism spectrum disorder
Uruguay
COVID-19
internalized/externalized problems

Autores

Gabriela Garrido

Prof. titular de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República (Udelar).

María Cecilia Montenegro

Doctoral Student, Clinical Psychology. Department of Psychological Science. The University of Texas Rio Grande Valley, United States.

Cecilia Amigo

Asistente de Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Udelar.

Daniel Valdez

Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Director Diplomatura Prácticas Inclusivas en TEA (FLACSO).

Natalia Barrios

Psiquiatra infanto juvenil. Miembro del Consejo Asesor Profesional de la Fundación Brincar por un autismo feliz.

Sebastián Cukier

Psiquiatra infanto juvenil. Cofundador y coordinador del Área de Investigación en la Asociación Civil PANACEA (Programa Argentino para Niños, Adolescentes y Adultos con Condiciones del Espectro Autista).

Alexia Rattazzi

Psiquiatra infanto juvenil. Profesora en UCA y UCES, Argentina. Doctoranda en Salud Pública. INSAR Global Senior Leader Sudamérica. Interdisciplinary Autism Research Fellow, UC Davis, United States.

Analia Rosoli

Coordinadora Cooperación Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).

Ricardo García

Psiquiatra infanto juvenil. Profesor titular Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte. Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Cristiane S. Paula

Psicóloga. Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, Brasil.

Georgina Pérez Liz

Investigadora asociada, AJ Drexel Autism Institute. Drexel University, Philadelphia, PA, United States.

Cecilia Montiel Nava

Profesora adjunta, Department of Psychological Sciences, University of Texas Rio Grande Valley, United States.

Correspondencia: Gabriela Garrido, Clínica de Psiquiatría Pediátrica, Facultad de Medicina, Udelar. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Blvr. Artigas 1590. CP 11600. Montevideo, Uruguay. gabrielagarridof86@gmail.com, gabrielagarridof86@fmed.edu.uy

Introducción

La pandemia de covid-19 desatada a comienzo de 2020 ha determinado una conmoción para las personas y familias a nivel mundial.¹ El confinamiento social y el cierre escolar han sido medidas drásticas, adoptadas por los países afectados, para prevenir la propagación de la enfermedad. Si bien en Uruguay se optó por el confinamiento voluntario, hubo un alto cumplimiento por parte de la población, que se acompañó del cierre de los centros educativos e importantes limitaciones en el acceso a los servicios de salud. En Uruguay, el 13 de marzo de 2020, el Gobierno Nacional declara a través del decreto 93/020 la emergencia nacional sanitaria debido a la pandemia originada por el virus SARS-CoV-2. Posteriormente, el 15 de marzo de 2020, la Junta Nacional de Salud (Junasa) emite un comunicado dirigido a todos los prestadores integrales de salud, que restringe la concurrencia a los centros de salud por consultas no urgentes, y se propone modalidades alternativas de atención a través de la visita domiciliaria o la atención telefónica. Respecto al sistema educativo, el 16 de marzo de 2020 se promulga el decreto 101/020 que suspende el dictado de clases y cierre de los centros educativos públicos y privados de todos los niveles y de los centros de atención a la infancia y a la familia. A partir del mes de mayo de 2020 se inicia una reapertura paulatina y muy heterogénea, tanto de los servicios educativos como de salud y rehabilitación.

Estas medidas, que sin duda contribuyeron en el control inicial de la epidemia, determinaron cambios profundos en la vida cotidiana y en las rutinas básicas de las familias, con un importante impacto en varios aspectos de la salud, la educación, psicosociales y económicos. A estos fenómenos asociados se los ha llegado a denominar a nivel mundial «pandemia secundaria» o «parapandemia». Estas medidas tienen el potencial de amenazar significativamente la salud mental de niños y adolescentes.² Los efectos adversos por las medidas de mitigación de la propagación del SARS-CoV-2 afectan en mayor medida a las

poblaciones más vulnerables, ya sea en contextos de pobreza, discapacidad, enfermedad mental previa u otras. La no concurrencia a los centros educativos se suma a la suspensión de las consultas ambulatorias y la discontinuidad de tratamientos de rehabilitación en niños/as y adolescentes con patologías crónicas y discapacidades, factores que aumentan las desventajas previas. Si bien nuestro país cuenta con un alto nivel de conectividad y sistema informático educativo a través de la Red Ceibal, los niños/as y adolescentes en estas situaciones de vulnerabilidad tuvieron una mayor desconexión del sistema educativo.³ A modo de ejemplo, las escuelas especiales habían recibido más tardíamente los equipos del Plan Ceibal y las capacitaciones, por lo cual los docentes de educación especial estaban menos familiarizados con el uso de las plataformas educativas, según fue referido en el relevamiento exploratorio de opinión a docentes realizado por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, previo a la reapertura de los centros educativos.⁴ Otro estudio realizado en el Reino Unido concluye que está claro que una gran proporción de familias de personas con necesidades educativas y discapacidad informa que covid-19 ha afectado su salud mental, y conducido a menudo a un aumento de la ansiedad y el miedo.⁵

En una encuesta realizada en Estados Unidos sobre los cambios en el acceso a servicios educativos y de salud de individuos portadores de enfermedades genéticas, neurológicas, discapacidad intelectual o trastornos de espectro autista, encontraron que estas personas perdieron una cantidad sustancial de apoyos educativos y médicos, lo que podría aumentar la carga del cuidador y al mismo tiempo comprometer la salud y el bienestar general, tanto del niño como del cuidador.⁶ Además, entre las personas jóvenes (menores de 18 años) aquellos con discapacidad intelectual tienen mayor probabilidad de ser infectados y experimentar porcentajes más elevados de mortalidad que aquellos sin discapacidad intelectual.⁷

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de trastornos tempranos del neurodesarrollo, que inician antes de los 36 meses y afectan a las personas a lo largo de toda la vida. Se caracterizan por dificultades en la comunicación social y comportamientos e intereses repetitivos o restringidos, asociados a respuestas particulares a los estímulos sensoriales.⁸ Muestran una prevalencia en aumento, con un promedio a nivel mundial del 1 %.⁹ Las necesidades en el nivel de apoyo de las personas con TEA son diversas, y pueden ir desde modificaciones pequeñas en su entorno inmediato, hasta métodos de asistencia comunicativa y de apoyo intensivo en las actividades de la vida cotidiana. Suelen ser poco flexibles, con requerimiento de rutinas y contextos estructurados y previsibles. Por este motivo, la situación de pandemia con los requerimientos de confinamiento y aislamiento social genera gran incertidumbre y puede resultar especialmente desfavorable para las personas con TEA, a la vez que un gran desafío para sus familias.^{10, 11}

Las consecuencias de una pandemia pueden afectar a todos los individuos, pero los niños/as con trastornos del desarrollo neurológico, incluido el TEA, corren el mayor riesgo. Los niños con TEA pierden más oportunidades de ejercitar las habilidades sociales debido a las limitaciones del distanciamiento social y les resulta más difícil adaptarse a un entorno cambiante. Se ha descrito que los niños con TEA se muestran más inquietos y pueden mostrar problemas de comportamiento cuando se desorganizan o cambian los entornos existentes.^{12, 13} También se describe una mayor exposición a pantallas. Los niños con autismo en este contexto pueden tener algunas necesidades específicas de apoyo debido a sus dificultades en la comunicación social, patrones de comportamiento estereotipados y otras especificidades provocadas por el autismo.¹⁴ A su vez, las comorbilidades habituales que presentan las personas con TEA pueden sumar desafíos adicionales para hacer frente a la pandemia de covid-19, lo que limita aún más sus posibilidades para recibir las terapias

necesarias, sostener el distanciamiento físico y adaptarse a los cambios en las rutinas diarias.¹⁵

La investigación en autismo en países de bajos recursos, incluida América Latina, sigue siendo escasa y dificultosa. El 86 % de las investigaciones en autismo se realiza en países de altos recursos, extrapolándose luego la información sin considerar variables culturales ni la disponibilidad de servicios en las distintas regiones.^{16, 17} Para poder generar conocimientos en nuestra región, en el año 2015 se constituyó un grupo colaborativo entre 6 países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) denominado Red Espectro Autista Latinoamérica (REAL), con el objetivo de cooperar en la producción de conocimiento sobre las características y necesidades de las personas con TEA en nuestros países. En el marco de REAL, se realizó en 2016 una primera encuesta a familias y cuidadores de personas con TEA, sobre las características, diagnóstico y servicios recibidos y el impacto, calidad de vida y estigma percibido por las familias.^{17, 18} El grupo REAL ha promovido diferentes encuentros, conferencias y congresos, contando Uruguay con su apoyo para la realización del 1.º Congreso Internacional de Autismo en Montevideo y la 1.ª Jornada Regional del Movimiento Asociativo de padres en 2018. En abril de 2020, en el contexto de los primeros meses de declarada la pandemia de covid-19, y ante las demandas que recibían muchos profesionales dedicados a la asistencia de personas con TEA en relación con las dificultades que estaban presentando las familias, surge la necesidad de conocer más en profundidad el impacto de la pandemia en una población específica y particularmente vulnerable como son las personas portadoras de TEA, y proponer apoyos ajustados a este nuevo contexto.

Como parte de un proyecto que incluye múltiples países, el presente estudio busca explorar los efectos de la pandemia y de las medidas implementadas, en términos de comportamientos, emociones, y retrocesos en individuos con TEA en Uruguay y el acceso

a servicios de salud y educativos, con los que contaron en este contexto, así como realizar comparaciones en términos de género y edad del individuo. Dicho análisis puede ayudar a determinar necesidades y requerimientos de intervenciones, tanto clínicas como educativas, centradas en las personas con TEA y sus cuidadores en estos contextos de pandemia de covid-19. El presente estudio considera los cinco primeros meses de declarada la emergencia sanitaria en Uruguay, período en el cual el país se mantuvo con un índice de Harvard cercano a 1 (índice de Harvard 25-06-2020=0,23; 25-08-2020=0,18).¹⁹

Método

Se trata de un estudio transversal y descriptivo, a través de una encuesta en línea a familiares y terapeutas de personas portadoras de TEA. Este estudio se llevó a cabo en 8 países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Cada país cuenta con un coordinador nacional a cargo de la distribución de encuestas y manejo de los datos. Se tomó una muestra intencional reclutada a través de redes sociales, organizaciones vinculadas al movimiento asociativo de padres, centros de salud y educativos, durante los meses de junio-agosto 2020.

En cada uno de los países se tramitó la autorización por parte de los Comités de Ética; en el caso de Uruguay, se realizó el registro del proyecto en el Ministerio de Salud Pública (Registro Nro. 772037) y fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación del Centro Hospitalario Pereira Rossell en junio de 2020.

Las encuestas fueron completadas por cuidadores y terapeutas de personas con TEA en un formato en línea y anónimo. El proyecto fue llevado a cabo por un conjunto de especialistas e investigadores que constituye el grupo REAL, que tuvo a su cargo la construcción y distribución de las encuestas anónimas para entender los efectos de la pandemia.

Muestra

Se obtuvo una muestra de conveniencia de cada uno de los 8 países. Se anunció a través de redes sociales, asociaciones de padres y de profesionales, así como en instituciones que ofrecen servicios para individuos con TEA. Para obtener más detalles sobre el estudio completo, consultar Valdez *et al.*¹⁴ La presente muestra incluye 269 cuidadores y terapeutas de individuos con TEA en Uruguay. El criterio de inclusión fue ser padre, cuidador o terapeuta de un individuo con autismo y tener al menos 18 años. Se excluyeron aquellos reportes que no especificaran el contar con diagnóstico de autismo. Para este propósito, la encuesta incluyó la pregunta sobre el diagnóstico del individuo afectado, utilizando la terminología: *autismo*, como término genérico; *trastorno de espectro autista* (TEA), basándose en la 5.ª edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5).⁸ También se incluyeron diagnósticos como se hallaban en la 4.ª edición del manual (DSM IV-TR), como *trastorno autista*, *síndrome de Asperger*, *trastorno generalizado del desarrollo* (TGD), y *trastorno generalizado del desarrollo no especificado* (TGD-NE), debido a que aún se continúan utilizando en algunos contextos profesionales y colectivos familiares.²⁰ Todos aquellos que indicaban que sus hijos/as tenían uno de los anteriores diagnósticos fueron incluidos en la muestra total.

Instrumento

Se creó la encuesta «Personas con trastorno del espectro autista, familias y profesionales en América Latina: desafíos y oportunidades que enfrentan debido a covid-19» por representantes nacionales del grupo REAL con la finalidad de explorar el impacto de la pandemia en las personas con TEA. La encuesta se elaboró en español. Una vez construida la encuesta se sometió a validación por jueces, siete profesionales (psiquiatras y psicólogos) de los diferentes países participantes. El obje-

tivo de esta validación fue garantizar que la redacción y uso de palabras fueran apropiados para la población objeto de estudio (personas, cuidadores y terapeutas). Esta encuesta fue piloteada en 3 familias de cada país para tener una idea del proceso de administración, tiempo necesario y uso de términos. En esta fase, para algunas preguntas se añadió la opción de «otro», ya que el análisis de las respuestas de los cuidadores indicó la necesidad de poder añadir información no incluida en las opciones cerradas de la encuesta.

Una vez establecida la versión final de la encuesta se subió a un servidor para ofrecer acceso en línea. Por cada país, el coordinador nacional se encargó de la implementación de la encuesta y de obtener aprobación del comité de ética. La secretaría de REAL ofreció soporte técnico para el manejo de la base de datos y solo los coordinadores nacionales tuvieron acceso a ella.

Al ingresar al portal, se les solicitaba a los cuidadores que completaran el consentimiento informado en el cual debían escoger la opción «sí», para indicar que habían leído el consentimiento informado (particular para cada país) y estaban de acuerdo en participar en la encuesta. Esta fue anónima y no se solicitó información personal (*v. gr.* nombre, número de teléfono o dirección de correo). Consta de 9 secciones que incluyen datos demográficos básicos, escolaridad antes y después de la pandemia, situación en el hogar durante la pandemia, tratamientos y apoyos recibidos al iniciar la pandemia, cambios conductuales a partir del aislamiento y situaciones relacionadas con la pandemia, salidas de casa (*v. gr.* cantidad de salidas), tratamientos y apoyos, y principales preocupaciones durante la pandemia.

Variables

Características de los encuestados

La encuesta indagaba sobre información demográfica para comprender mejor las características de los participantes. Entre estas preguntas estaba el país de residencia

(el presente artículo se enfoca en Uruguay), el diagnóstico de los individuos autistas (los cuidadores podían elegir diagnóstico como se encuentra en el DSM-5, y a su vez como se halla en la cuarta edición revisada debido a su amplio uso entre las familias y los profesionales), el género y el rango de edad del niño autista. Estas variables fueron categóricas o dicotómicas (género). Para el género, a los participantes se les proporcionó tres alternativas (*mujer, hombre y otros*); todos respondieron *hombre o mujer*.

Características del entorno y cambios experimentados durante la pandemia

A su vez, preguntas enfocadas en el entorno al comienzo de la pandemia incluían tamaño de la vivienda (en metros cuadrados), habitantes en el hogar y cantidad de niños menores de 13 años habitando la residencia y convivencia durante la pandemia. En cuanto a cambios experimentados desde el comienzo de la pandemia se incluyeron el aumento o descenso del uso de pantalla, restricciones sociales, convivencia durante la pandemia y cambios en servicios. Estas variables fueron categóricas.

Cambios de comportamiento

Una serie de preguntas es acerca de los cambios de comportamiento experimentados por el individuo con TEA. Estos incluyen preocupación por enfermarse, irritabilidad, agresión, deambular, ansiedad, concentración, comer y estado de ánimo. Estos fueron respondidos a través de una escala Likert que iba desde 1-Mucho menos que antes a 5-Mucho más que antes. Además se agregó una pregunta sobre el avance en general, respondida a través de una escala Likert (1-Importante retroceso a 5-Mucho más avance), que fue utilizada para cuantificar estas variables. Para más información referirse a tabla 1.

Tabla 1 | Características demográficas de la muestra

	>3 años (n= 14)		4-6 años (n= 85)		7-12 años (n= 105)		13-18 años (n=55)		19-24 años (n=10)		Total N=269	χ^2	Valor α	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Género												10,447	0.034	
Hombre	12	(85,7)	75	(88,2)	92	(87,6)	39	(70,9)	7	(70)	225	(83,6)		
Mujer	2	(14,3)	10	(11,8)	13	(12,4)	16	(29,1)	3	(30)	44	(16,4)		
Diagnóstico actual												67,513	0.000	
Autismo/TEA	9	(64,3)	77	(90,6)	76	(72,4)	25	(45,5)	4	(40)	191	(71)		
Desorden Asperger	1	(7,14)	1	(1,2)	14	(13,3)	19	(34,5)	3	(30)	38	(14,1)		
TGD/TGD-NE/Otro	4	(28,6)	7	(8,2)	15	(14,3)	11	(20)	3	(30)	40	(14,9)		
m² vivienda												36,400	0.003	
<30	1	(7,1)	10	(11,8)	5	(4,8)	2	(3,6)	1	(10)	19	(7,1)		
30-50	7	(50)	27	(31,8)	31	(29,5)	9	(16,4)	2	(20)	76	(28,2)		
50-70	1	(7,1)	29	(34,1)	25	(23,8)	9	(16,4)	2	(20)	66	(24,5)		
70-100	5	(35,8)	14	(16,4)	27	(25,7)	21	(38,2)	2	(20)	69	(25,7)		
>100	0	(0)	5	(5,9)	17	(16,2)	14	(25,4)	3	(30)	39	(14,5)		
Menores de 13 en hogar												132,176	0.000	
Ninguno	1	(7,1)	5	(5,9)	5	(4,8)	35	(63,7)	8	(80)	54	(20,1)		
Uno	6	(42,9)	35	(41,1)	41	(39)	13	(23,6)	0	(0)	95	(35,3)		
Dos	7	(50)	41	(48,2)	45	(42,9)	7	(12,7)	1	(10)	101	(37,5)		
Tres	0	(0)	2	(2,4)	12	(11,4)	0	(0)	0	(0)	14	(5,2)		
>Cuatro	0	(0)	2	(2,4)	2	(1,9)	0	(0)	1	(10)	5	(1,9)		
Personas en casa												4,511	0.808	
2	1	(7,1)	8	(9,4)	11	(10,4)	4	(7,3)	1	(10)	25	(9,3)		
3-5	13	(92,9)	71	(83,5)	89	(84,8)	45	(81,8)	9	(90)	227	(84,4)		
>5	0	(0)	6	(7,1)	5	(4,8)	6	(10,9)	0	(0)	17	(6,3)		
Uso de pantallas												12,266	0.435	
Aumentó mucho	4	(28,6)	36	(42,9)	54	(52,4)	33	(60)	3	(30)	130	(48,9)		
Aumentó poco	6	(42,9)	28	(33,3)	25	(24,3)	10	(18,2)	6	(60)	75	(28,2)		
No cambió	3	(21,4)	17	(20,2)	21	(20,4)	9	(16,4)	1	(10)	51	(19,2)		
Disminuyó poco	1	(7,1)	2	(2,4)	3	(2,9)	2	(3,6)	0	(0)	8	(3)		
Disminuyó mucho	0	(0)	1	(1,2)	0	(0)	1	(1,8)	0	(0)	2	(0,7)		
Restricciones sociales												19,803	0.229	
Cuarentena obligatoria	1	(7,1)	4	(4,8)	8	(7,6)	2	(3,6)	0	(0)	15	(5,6)		
Cuarentena voluntaria	11	(78,6)	77	(91,7)	94	(89,5)	51	(92,8)	8	(88,9)	241	(90,3)		
Cuarentena intermitente	2	(14,3)	3	(3,5)	2	(1,9)	2	(3,6)	1	(11,1)	10	(3,7)		
Otro	0	(0)	0	(0)	1	(1)	0	(0)	0	(0)	1	(0,4)		
Convivencia-aislamiento												21,079	0.176	
Mucho peor	1	(7,1)	3	(3,7)	7	(7,1)	3	(5,5)	0	(0)	14	(5,4)		
Algo peor	2	(14,3)	28	(34,1)	38	(38,4)	28	(50,9)	4	(40)	100	(38,5)		
Sin cambios	6	(42,9)	38	(46,3)	35	(35,3)	15	(27,2)	6	(60)	100	(38,5)		
Un poco mejor	5	(35,7)	9	(11)	15	(15,2)	5	(9,1)	0	(0)	34	(13)		
Mucho mejor	0	(0)	4	(4,9)	4	(4,0)	4	(7,3)	0	(0)	12	(4,6)		
Servicios pandemia												16,385	0.692	
Suspendidos	6	(42,8)	22	(25,8)	25	(23,8)	11	(20)	1	(10)	65	(24,2)		
Teléfono	2	(14,3)	19	(22,4)	19	(18,1)	13	(23,6)	2	(20)	55	(20,4)		
Videollamada	4	(28,6)	34	(40)	53	(50,5)	25	(45,5)	4	(40)	120	(44,6)		
Familia encargada	2	(14,3)	10	(11,8)	6	(5,7)	5	(9,1)	3	(30)	26	(9,7)		
No recibía terapia/Otro	0	(0)	0	(0)	2	(1,9)	1	(1,8)	0	(0)	3	(1,1)		
Persona respondiendo												7.698	0.957	
Madre	12	(5,8)	64	(30,6)	83	(39,7)	42	(20,1)	8	(3,8)	209	(77,7)		
Padre	1	(4)	9	(36)	9	(36)	4	(16)	2	(8)	25	(9,3)		
Terapeuta	1	(4,1)	7	(29,2)	9	(37,5)	7	(29,2)	0	(0)	24	(8,9)		
Abuelo/a	0	(0)	3	(60)	2	(40)	0	(0)	0	(0)	5	(1,9)		
Otro	0	(0)	2	(33,3)	2	(33,3)	2	(33,3)	0	(0)	6	(2,2)		

Incluido: Respuestas válidas solamente, puede que no sumen 287.

Análisis de los datos

Una vez finalizada la recolección de datos (agosto, 2020), estos fueron codificados y unificados en una base de datos. La información original se recolectó usando una hoja de Excel que posteriormente fue exportada al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), versión 26, para su análisis. El análisis de datos incluyó cálculos de tendencia central, frecuencias, comparaciones y correlaciones bilaterales. Para analizar diferencias el test Mann-Whitney U fue utilizado para hacer comparaciones de género. Este test permite hacer comparaciones entre grupos con variables dependientes ordinales y no normalmente distribuidas.^{21, 22} Correlaciones bilaterales fueron utilizadas para entender relaciones entre comportamientos internalizados y externalizados y diferentes grupos de edad de los individuos con TEA. Todas las variables fueron categorizadas y consideradas variables ordinales o categóricas. Los análisis de significancia fueron establecidos a un nivel de 0.05 para reducir errores del tipo I.

Resultados

La muestra incluyó 269 sujetos y describiremos los resultados obtenidos agrupándolos en tres categorías: a) características sociodemográficas y habitacionales; b) caracterización del aislamiento y restricciones sociales; c) conductas de las personas con TEA durante el aislamiento, atendiendo a la continuidad de los servicios recibidos, tanto tratamientos como escolarización, sus niveles de ansiedad, y cambios conductuales, incluido el uso de pantallas. Por último, la relación entre comportamientos externalizados e internalizados y retrocesos experimentados durante la pandemia fueron comparados sobre la base de género y edad del individuo con TEA.

a. *Características sociodemográficas y habitacionales.* La encuesta fue llenada mayoritariamente por madres 77,7 % (n=209),

padres 9,3 % (n=25), terapeutas 8,9 % (n=24) y 4,1 % (n=11) abuelos u otros.

Con respecto a las personas con TEA, el 83,6 % (n=225) eran varones, en una proporción femenino/masculino de 1: 4.5. La edad de las personas con TEA mostró la siguiente distribución: 5.2 % (n=14) menores de 3 años, 32 % (n=85) 4 a 6 años, 39 % (n=105) 7 a 12 años, 20.1 % (n=55) 13 a 18 años, y 3.7 % (n=10) 19 a 24 años.

En cuanto a situaciones habitacionales, 35,3 % (n=95) de las personas con TEA habitan en viviendas de menos de 50 m².

b. *Caracterización del aislamiento y restricciones sociales y servicios.* El 5.6 % (n=15) indicó vivir una cuarentena obligatoria, mientras que el 90.3 % (n=241) indicó una cuarentena voluntaria. En cuanto a la convivencia en el aislamiento, 43,9 % (n=114) indicó que la convivencia había empeorado en este período.

Con relación a los tratamientos recibidos durante la pandemia, al 24,2 % (n=65) de los participantes se le suspendieron los servicios terapéuticos, mientras que a la mayoría se le modificó la forma de atención: de presencial a videollamada (44,6 %, n=120) o asistencia telefónica (20,4 %, n=55).

Se resalta que el 77,1 % (n=205) indicó un aumento en uso de pantallas, fuera del uso escolar o tratamientos, en los individuos con TEA.

c. *Comportamientos externalizados e internalizados y retroceso experimentado durante la pandemia.* La frecuencia de aumento de comportamientos agresivos (golpes, pellizcos, mordiscos y empujones) en el total de la muestra fue del 34,9 % (n=93). En cuanto a deambulación, el 48,9 % (n=131) experimentó incremento en su frecuencia. Con respecto a las conductas internalizadas, el 25,1 % (n=72) de los cuidadores reportó que los individuos con TEA expresaron mayor preocupación de enfermarse, mientras que el 61,3 % (n=160) reportó más ansiedad. De igual forma, el 42.1 % (n=109) experimentó alteraciones en el estado de ánimo. Por último, retroceso del comportamiento observado durante la pan-

demia fue reportado por el 75,4 % (n=200) del total de la muestra.

La comparación de los diferentes comportamientos externalizados entre ambos sexos arrojó diferencias significativamente mayores para las conductas agresivas en los varones

(mediana=138,26) que en las mujeres (mediana=109,50, U=3828, p<0.05), así como también para la deambulaci3n (mediana varones=140,02; mediana mujeres=106,42, U=3692,50, p<0.05). (Tabla 2).

Tabla 2 | Dificultades segun sexo del individuo con autismo

	Hombres		Mujeres		U	Valor α
	Rango medio	N	Rango medio	N		
Golpes, pellizcos, mordiscos, empujones	138,26	222	109,50	44	3828	0.010
Deambula	140,02	224	106,42	44	3692,50	0.004

Por el contrario, los comportamientos internalizados (preocupaci3n por enfermarse, ansiedad, alteraciones del estado de animo) y el retroceso del comportamiento no mostraron diferencias significativas entre ambos sexos.

Al realizar las correlaciones bilaterales entre los diferentes grupos de edad, las conductas externalizadas no mostraron diferencias significativas. Para los comportamientos agresivos, los ni1os de entre 4 y 6 a1os (n=36, 42,8 %) y los adolescentes de entre 13 y 18 a1os (n=21, 40,5 %) fueron los que experimentaron ma-

yor incremento (tabla 3). La frecuencia de incremento de conductas de deambular fue mayor en los adolescentes entre 13 y 18 a1os (56,4 %, n=31), seguidos por los ni1os de 4 a 6 a1os (51,7 %, n=44,), ni1os de 7 a 12 a1os (n=49, 47,1 %) y por ulti- mo menores de 3 a1os (n=6, 42,8 %, tabla 3).

Con respecto a los comportamientos internalizados, se identific3 una correlaci3n moderada entre edad y las diferentes conductas, como se describe en la tabla 4.

Tabla 3 | Correlaci3n bivariada entre diferentes preocupaciones y edad de los ni1os/as con autismo

Variable	n	M	SD	Edad	Preocupaci3n por enfermarse	Retroceso	Ansiedad	Alteraciones animo	Golpes, pellizcos, mordiscos	Deambulaci3n
Edad	269	2,86	,928	-						
Preocupaci3n enf.	269	3,22	,707	,292***	1					
Retroceso	265	2,16	1,251	-,184**	-,070	1				
Ansiedad	261	3,69	,784	,141*	,235***	-,140*	1			
Alteraciones animo	259	3,45	,747	,136*	,067	-,137*	,598***	1		
Golpes, pellizcos, mordiscos	266	3,34	,828	-,035	,052	-,198**	,398***	,377***	1	
Deambulaci3n	268	3,60	,853	,037	,078	-,163**	,440***	,323***	,351***	1

Nota: Coeficientes representan correlaciones de constructos brutos para el total de la muestra. Incluido: Respuestas v3lidas solamente, puede que no sumen 287.
valores p; *p<0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Tabla 4 | Análisis descriptivo de dificultades experimentadas por niños/as con autismo

	>3 años		4-6 años		7-12 años		13-18 años		19-24 años		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	X ²
Preocupación enfermarse													51,228
Mucho menos	1	(7,1)	1	(1,2)	4	(3,8)	1	(1,8)	0	(0)	7	(2,4)	
Algo menos	1	(7,1)	2	(2,4)	3	(2,9)	0	(0)	0	(0)	6	(2,1)	
Sin cambios	12	(85,7)	71	(83,5)	78	(74,3)	29	(52,7)	4	(40)	202	(70,4)	
Poco más	0	(0)	9	(10,6)	16	(15,2)	14	(25,5)	6	(60)	51	(17,8)	
Mucho más	0	(0)	2	(2,4)	4	(3,8)	11	(20)	0	(0)	21	(7,3)	
Total	14	(100)	85	(100)	105	(100)	55	(100)	10	(100)	269	(100)	
Ansiedad													20,319
Mucho menos	1	(7,1)	1	(7,1)	2	(2,0)	0	(0)	0	(0)	4	(1,5)	
Algo menos	0	(0)	2	(2,4)	3	(3)	0	(0)	1	(10)	6	(2,3)	
Sin cambios	8	(57,1)	30	(36,6)	36	(35,6)	13	(24,1)	4	(40)	91	(34,9)	
Poco más	4	(28,6)	40	(48,8)	50	(49,5)	28	(51,9)	4	(40)	126	(48,3)	
Mucho más	1	(7,1)	9	(11)	10	(9,9)	13	(24,1)	1	(10)	34	(13)	
Total	14	(100)	82	(100)	101	(100)	54	(100)	10	(100)	261	(100)	
Estado de ánimo													14,956
Mucho menos	1	(7,1)	2	(2,4)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	3	(1,2)	
Algo menos	1	(7,1)	3	(3,7)	4	(4)	1	(1,9)	0	(0)	9	(3,5)	
Sin cambios	9	(64,3)	45	(54,9)	55	(55)	24	(45,3)	5	(50)	138	(53,3)	
Poco más	2	(14,3)	25	(30,5)	32	(32)	23	(43,4)	5	(50)	87	(33,6)	
Mucho más	1	(7,1)	7	(8,5)	9	(9)	5	(9,4)	0	(0)	22	(8,5)	
Total	14	(100)	82	(100)	100	(100)	53	(100)	10	(100)	259	(100)	
Retroceso													21,841
Importante retroceso	4	(28,6)	25	(30,5)	36	(34,6)	31	(56,4)	4	(40)	100	(37,7)	
Algún retroceso	6	(42,9)	31	(37,8)	40	(38,5)	20	(36,4)	3	(30)	100	(37,7)	
Algún avance	4	(28,6)	18	(22)	24	(23,1)	4	(7,3)	3	(30)	53	(20)	
Mucho avance	0	(0)	8	(9,8)	4	(3,8)	0	(0)	0	(0)	12	(4,5)	
Total	14	(100)	82	(100)	104	(100)	55	(100)	10	(100)	265	(100)	
Golpes, pellizcos, mordiscos													14,748
Mucho menos	1	(7,7)	3	(3,6)	2	(1,9)	4	(7,3)	0	(0)	10	(3,8)	
Algo menos	0	(0)	3	(3,6)	4	(3,8)	0	(0)	0	(0)	7	(2,6)	
Sin cambios	8	(61,5)	42	(50)	69	(66,3)	30	(54,5)	7	(70)	156	(58,6)	
Poco más	3	(23,1)	27	(32,1)	19	(18,3)	17	(30,9)	3	(30)	69	(25,9)	
Mucho más	1	(7,1)	9	(10,7)	10	(9,6)	4	(7,3)	0	(0)	24	(9)	
Total	13	(100)	84	(100)	104	(100)	55	(100)	10	(1000)	266	(100)	
Deambula													18,864
Mucho menos	1	(7,1)	3	(3,5)	1	(1)	2	(3,6)	0	(0)	7	(2,6)	
Algo menos	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Sin cambios	7	(50)	38	(44,7)	54	(51,)	22	(40)	9	(90)	130	(48,5)	
Poco más	5	(35,7)	32	(37,6)	34	(32,7)	15	(27,3)	1	(10)	87	(32,5)	
Mucho más	1	(7,1)	12	(14,1)	15	(14,4)	16	(29,1)	0	(0)	44	(16,4)	
Total	14	(100)	85	(100)	104	(100)	55	(100)	10	(100)	268	(100)	

Incluido: Respuestas válidas solamente, puede que no sumen 287.

a. *Preocupación por enfermarse* ($p < 0,001$). Hubo una correlación positiva y moderada entre preocupación por enfermarse y grupos de edad, con edad de los individuos con TEA explicando un 8.5 % de la variación. Los individuos con autismo que experimentaron mayor preocupación por enfermarse (un poco más y mucho más) fueron adultos de 19 a 24 años ($n=6$, 60 %) y los adolescentes de 13 a 18 años ($n=25$, 45,5 %).

b. *Ansiedad* ($p < 0,05$). Se encontró una correlación positiva y moderada entre cambios en ansiedad y grupos de edad. La edad del individuo con TEA explicó un 2 % de la variación en ansiedad, de los cuales los subgrupos con mayor ansiedad (un poco y mucho más) fueron los adolescentes de 13 a 18 años ($n=41$, 76 %), seguidos por niños de 4 a 6 años ($n=49$, 59,8 %), niños 7 a 12 años ($n=60$, 59,4 %), y adultos de 19 a 24 años ($n=5$, 50 %).

c. *Alteraciones en el ánimo* ($p < 0,05$). La correlación entre alteraciones de ánimo y grupos de edad fue positiva y menor. La edad de los participantes explicó un 1.8 % de la variación en las alteraciones. La mayor alteración fue experimentada por individuos de entre 13 y 18 años ($n=28$, 52,8 %) experimentando un poco o mucha más alteración del estado de ánimo, seguidos por el grupo de 19 a 24 años ($n=5$, 50 %), 7 a 12 años ($n=41$, 41 %) y por último el grupo de 4 a 6 años ($n=32$, 39 %).

d. *Retroceso* ($r=0,184$, $p < 0,001$, $r^2 = 0,033$ ($M=2,16$, $SD=1,251$)). La correlación entre retroceso en términos generales y grupos de edad fue positiva y moderada, con la edad de los participantes explicando un 18.4 % de la variación. Quienes experimentaron más retroceso (poco y mucho) durante la pandemia fueron los adolescentes de entre 13 y 18 años ($n=51$, 92.8 %), seguido por los de 7 a 12 años ($n=76$, 73,1 %), 19 y 24 años ($n=7$, 70 %), menores de 3 años ($n=10$, 71,5 %), y por último niños de 4 a 6 años ($n=56$, 68,3 %).

Discusión

Los cuidadores y terapeutas que respondieron la encuesta en Uruguay corresponden al 7,8/100.000 habitantes. Si bien se trató de una muestra intencional y no representativa país, esta corresponde al 14,2% ($n=269$) de la muestra total de los ocho países de Latinoamérica,¹⁴ lo cual permite una aproximación sobre el impacto de la primera etapa de la pandemia en la población portadora de TEA en Uruguay. En relación con esto, cerca del 44% refirió empeoramiento en la convivencia durante el confinamiento. A dichas dificultades se relacionan mayores niveles de ansiedad en los cuidadores, lo cual impacta sobre los comportamientos de sus hijos. Esto se vio en un estudio realizado en Turquía con una muestra de 87 sujetos que, al evaluar los niveles de ansiedad en los cuidadores, estos muestran una alta correlación con los niveles de problemas comportamentales actuales de sus hijos, lo cual no ocurría en la misma escala antes de la pandemia.¹⁵ Para muchos padres, el confinamiento prolongado y la ausencia de apoyos exacerbaron las vulnerabilidades existentes y contribuyeron a la aparición de nuevas situaciones de estrés, tanto para los padres como para las personas con autismo.⁴ A modo de ejemplo, en Uruguay la suspensión de los servicios terapéuticos y el cierre de los centros educativos se sumaron a importantes restricciones en los apoyos brindados por los asistentes personales. El no contar con asistentes personales durante este período ha contribuido a incrementar la carga sobre los cuidadores. Esta carga se añade como factor que afecta la rutina diaria de la persona con TEA y de su familia.²³

Adicionalmente, diversos autores señalan que residir en superficies pequeñas incrementa las dificultades durante el confinamiento.^{24, 25} En la muestra nacional la proporción de personas que residían en viviendas de menos de 50 m² constituyó un tercio del total y más del 90 % tenían más de tres habitantes. Este dato es de relevancia, pues se puede correlacionar con una situación socioeconómica más desfavore-

cida, sabiendo que estos factores determinan retos significativos en la vida cotidiana para las personas con TEA y sus cuidadores.

En cuanto a la afectación de los servicios terapéuticos recibidos, se destaca que solamente el 1,1 % «no recibían tratamientos» previos a la pandemia, de lo cual se desprende que el nivel de cobertura previa era alto. Durante la primera etapa del confinamiento el 24 % vio suspendidos totalmente los tratamientos. Si bien la sustitución de tratamientos presenciales por otras modalidades se dio en un 75 % de los casos a través de videollamadas o consultas telefónicas, hay estudios que señalan que los modelos a distancia requieren una importante adaptación, la cual implica entre otras cosas una exigencia de limitar el uso excesivo de las pantallas.²⁶ Por el contrario, en nuestra muestra el 77 % de las personas con TEA presentó un aumento marcado del uso de pantallas, por fuera del uso con fines educativos y/o terapéuticos. Esto podría ser problemático cuando se consideran estudios previos que indican una asociación positiva entre el uso de electrónicos y la mayor incidencia de ansiedad, irritabilidad y agresividad.²⁷ En nuestra muestra casi un 50 % experimentó mayor ansiedad. Esta ansiedad fue mayor entre los adolescentes de 13 a 18 años y niños de entre 4 y 12 años. A su vez, en cuanto a la agresividad, un total de 26.8 % experimentó mayor incidencia, sobre todo entre los varones con TEA.

Para los individuos con TEA una gran dificultad es la rigidez y la poca flexibilidad para adaptarse a nuevas situaciones, lo cual hace que los cambios bruscos en las rutinas sean especialmente difíciles.¹⁵ En el caso de una pandemia mundial estos cambios fueron imposibles de evitar, y generadores de gran incertidumbre para todas las familias. En Uruguay, como en otros países participantes de la encuesta, esta realidad se vio reflejada en los cambios en cuanto al formato para recibir apoyos terapéuticos, desde la suspensión total en un cuarto de la muestra, a la sustitución por nuevas modalidades telefónicas o por internet, sin que se pudiera acompañar de las

ajustes necesarios para asegurar la buena calidad y contemplar la singularidad de cada persona con TEA y su entorno familiar. A su vez, cabe señalar la inequidad en el acceso a servicios de internet que, a pesar de ser alto en nuestro país, no es accesible para todos de igual manera.^{4,28} En el informe realizado por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la percepción de los docentes sobre el impacto de la primera etapa de la pandemia, los estudiantes del sector público, y dentro de este grupo los procedentes de escuelas especiales, habían tenido menor acceso a estos servicios.⁴ Si bien hay estudios que muestran la efectividad clínica de ciertos tipos de servicios terapéuticos ofrecidos por internet,²⁹ también se han visto deficiencias en este formato, ya que algunos servicios como terapia ocupacional, física o del habla son extremadamente complejos para ser ofrecidos efectivamente en línea.³⁰ Más aún, dadas las dificultades en la comunicación e interacción social que caracteriza al TEA, las intervenciones conducidas de manera presencial son especialmente relevantes. Debido a esta complejidad, las metas establecidas deben ser adaptadas o modificadas para poder proveer terapia a distancia, lo cual puede conducir a una brecha en cuanto a los logros y avances esperados.³⁰

En nuestro estudio, casi un 80 % de padres y terapeutas indicaron importantes índices de retroceso en individuos con TEA. Esta proporción fue mayor entre adolescentes de entre 13 a 18 años, alcanzando un 94.9 %, seguido por los niños de entre 7 a 12 años con un 73.1 %. Este patrón fue observado también en incrementos de ansiedad, empeoramiento de estado de ánimo, e incrementos en deambulación experimentado en mayor medida por los adolescentes. Este fenómeno ha sido también observado en otros países donde los adolescentes han aumentado alteraciones psicológicas y del comportamiento como las observadas en nuestra muestra.^{12,13} A su vez, el estudio de Francisco *et al.*¹² reportó que, al igual que en la muestra de Uruguay, los varones presentaron un mayor incremento en comportamientos externalizados. En

nuestro análisis estadístico se vio que tanto la deambulaci3n como la agresividad fueron mayores entre varones que entre mujeres. Sobre la base de estos resultados no se observaron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la ansiedad y el estado de 3nimo. Al comparar estos comportamientos en los distintos grupos de edades, los adolescentes vuelven a presentarse como los m3s afectados.

Nuestro estudio cuenta con una muestra de 269 cuidadores, de la cual la mayor3a fueron madres. Un dato a remarcar es que en los estudios de investigaci3n enfocados en el autismo la representaci3n de padres es usualmente minoritaria, con madres conformando un 80 % o m3s de las muestras.³¹ Es importante destacar que en esta encuesta hubo un mayor reporte en la poblaci3n adolescente (13-17 a3os) que, en encuesta previa a familia de personas con TEA en Uruguay, lo cual permiti3 obtener mayor informaci3n sobre el impacto sufrido por este grupo a nivel de todas las variables comportamentales analizadas y reportadas.¹⁸

Una limitaci3n de nuestro estudio es que los datos en cuanto a diagn3stico del individuo con TEA fueron reportados por los informantes, y no fueron confirmados por las caracter3sticas propias de la metodolog3a utilizada. A su vez, se debe considerar la variabilidad de la situaci3n de la epidemia en Uruguay, entre el per3odo en que se realiz3 la encuesta y la fecha en que se publica este art3culo, momento en el cual Uruguay est3 pasando por una «segunda ola» desde el punto de vista sanitario, que est3 siendo mucho m3s severa.³²

En Uruguay, a pesar de que las medidas de confinamiento no fueron severas (*v. gr.* no hubo cuarentena obligatoria) y la mayor3a de los individuos con TEA continuaron recibiendo servicios, no solo se observ3 un aumento de comportamientos externalizados e internalizados, sobre todo en adolescentes y varones, sino que tambi3n se reporta un importante retroceso en la amplia mayor3a de los sujetos. Estos resultados hablan de una complejidad extensa en cuanto al impacto de la pandemia en individuos con TEA, y a su vez de exigencias mayores en cuidadores.

Estos resultados deber3an considerarse a la hora de tomar medidas que comprometen la continuidad educativa, apoyos terap3uticos y de asistencia a las familias con personas con TEA, dado el importante impacto negativo registrado en todos los comportamientos y retrocesos durante el primer per3odo de la pandemia en Uruguay y el tipo de apoyo que requieren tanto los sujetos con TEA como sus familias.

Resulta importante profundizar en el an3lisis de los datos, buscando correlaciones entre la suspensi3n de tratamientos, la sustituci3n por nuevas modalidades y el incremento del uso de pantallas y los distintos problemas registrados por las personas con TEA. A partir de estudios que utilicen otras metodolog3as, ser3 importante explorar el tipo de adecuaciones realizadas por los distintos profesionales, para impartir tratamientos virtuales en nuestro pa3s y la percepci3n de estos por parte de las personas con TEA y de sus familias sobre su efectividad y limitaciones.

Agradecimientos

A todas las personas con TEA y sus familias que dedicaron su tiempo para participar en esta encuesta. Al grupo REAL en su conjunto que a trav3s de la cooperaci3n entre pa3ses y profesionales nos permiti3 llevar adelante este estudio. A todos los ni3os, ni3as y adolescentes y sus familias atendidos en la Unidad Especializada en TEA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, y a los estudiantes del posgrado de Psiquiatr3a Pedi3trica que colaboraron en la difusi3n de la encuesta.

Referencias bibliogr3ficas

1. **Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LM, Gill H, Phan L, et al.** Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord.* 2020;277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001

2. **Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V.** Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14:20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3
3. **Pujadas M, Garrido G, Giachetto G, Borbonet D, Galiana A, González G.** La parapandemia en pediatría. *Arch Pediatr Urug.* 2020;91(3):126-7. doi: 10.31134/ap.91.3.1
4. **Garrido G, Iervolino A, Amigo C.** Informe exploratorio: opinión sobre el proceso de reapertura de los centros educativos luego del primer período de confinamiento debido a la emergencia sanitaria por COVID 19. Montevideo; 2020, pp. 18-9.
5. **Asbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U.** How is COVID-19 affecting the mental health of children with special educational needs and disabilities and their families? *J Autism Dev Disord.* 2021;51(5):1772-80. doi: 10.1007/s10803-020-04577-2
6. **Jeste S, Hyde C, Distefano C, Halladay A, Ray S, Porath M, et al.** Changes in access to educational and healthcare services for individuals with intellectual and developmental disabilities during COVID-19 restrictions. *J Intellect Disabil Res.* 2020;64(11):825-33. doi: 10.1111/jir.12776
7. **Ameis SH, Lai MC, Mulsant BH, Szatmari P.** Coping, fostering resilience, and driving care innovation for autistic people and their families during the COVID-19 pandemic and beyond. *Mol Autism.* 2020;11(1):61. doi: 10.1186/s13229-020-00365-y
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013, pp. 947.
9. **Fombonne E, MacFarlane H, Salem AC.** Epidemiological surveys of ASD: advances and remaining challenges. *J Autism Dev Disord.* 2021. doi: 10.1007/s10803-021-05005-9
10. **Dhiman S, Sahu PK, Reed WR, Ganesh GS, Goyal RK, Jain S.** Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Res Dev Disabil.* 2020;107:103790. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103790.
11. **Eshraghi AA, Li C, Alessandri M, Messinger DS, Eshraghi RS, Mittal R, et al.** COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):481-3. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30197-8
12. **Francisco R, Pedro M, Delvecchio E, Espada JP, Morales A, Mazzeschi C, et al.** Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19 quarantine in three European countries. *Front Psychiatry.* 2020;11:570164. doi: 10.3389/fpsy.2020.570164
13. **Huang S, Sun T, Zhu Y, Song S, Zhang J, Huang L, et al.** Impact of the COVID-19 pandemic on children with ASD and their families: an online survey in China. *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:289-97. doi: 10.2147/PRBM.S293426
14. **Valdez D, Montiel Nava C, Paula CS, Rattazzi A, Rosoli A, Barrios N, et al.** Enfrentando al COVID-19: situación de las personas con autismo y sus familias en Latinoamérica. *Siglo Cero.* 2021;52:119-40. doi: 10.14201/scero202152e119140
15. **Mutluer T, Doenyas C, Aslan Genc H.** Behavioral implications of the covid-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Front Psychiatry.* 2020;11:561882. doi: 10.3389/fpsy.2020.561882

16. **Durkin MS, Elsabbagh M, Barbaro J, Gladstone M, Happe F, Hoekstra RA, et al.** Autism screening and diagnosis in low resource settings: challenges and opportunities to enhance research and services worldwide. *Autism Res.* 2015;8(5):473-6. doi: 10.1002/aur.1575
17. **Montiel-Nava C, Cukier S, Garrido G, Valdez D, Paula CS, García R, et al.** Service encounters across the lifespan in individuals with autism spectrum disorders: results from a multisite study in Latin America. *Res Autism Spectr Disord.* 2020;79:101670. doi: 10.1016/j.rasd.2020.101670
18. **Paula CS, Cukier S, Cunha GR, Irarrázaval M, Montiel-Nava C, García R, et al.** Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: similarities and differences among six Latin American countries. *Autism.* 2020;24(8):2228-42. doi: 10.1177/1362361320940073
19. Ministerio de Salud Pública. Harvard Index. Coronavirus COVID-19 in Uruguay 2020. Disponible en: <www.coronavirus.uy>. (Consultado: jun. 2021).
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th rev. ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
21. **Kuhmmer R, Lazzaretti RK, Guterres CM, Raimundo FV, Leite LE, Delabary TS, et al.** Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):456. doi: 10.1186/s12913-016-1703-0
22. Laerd Statistics. Mann-Whitney U Test using SPSS Statistics. Statistical tutorials and software guides 2015. Disponible en: <https://statistics.laerd.com/spss-tutorials/mann-whitney-u-test-using-spss-statistics.php>. (Consultado: jun. 2021).
23. **Aishworiya R, Kang YQ.** Including children with developmental disabilities in the equation during this COVID-19 pandemic. *J Autism Dev Disord.* 2021;51(6):2155-58. doi: 10.1007/s10803-020-04670-6
24. **Johnson MD, Urm SH, Jung JA, Yun HD, Munitz GE, Tsigrelis C, et al.** Housing data-based socioeconomic index and risk of invasive pneumococcal disease: an exploratory study. *Epidemiol Infect.* 2013;141(4):880-7. doi: 10.1017/S0950268812001252
25. **Solari CD, Mare RD.** Housing crowding effects on children's wellbeing. *Soc Sci Res.* 2012;41(2):464-76. doi: 10.1016/j.ssresearch.2011.09.012
26. **Araújo LA, Veloso CF, Souza MC, Azevedo JMC, Tarro G.** The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *J Pediatr (Rio J).* 2021;97(4):369-77. doi: 10.1016/j.jped.2020.08.008
27. **Twenge JM, Campbell WK.** Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: evidence from a population-based study. *Prev Med Rep.* 2018;12:271-83. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.10.003
28. **Pereyra G.** La brecha digital en Uruguay es gigantesca si se mira el acceso a la web. *El Observador.* 30 set. 2018. Disponible en: <www.elobservador.com.uy/nota/-la-brecha-digital-en-uruguay-es-gigantesca-si-se-mira-el-acceso-a-la-web--2018928201615>. (Consultado: jun. 2021).
29. **Valentine AZ, Hall SS, Young E, Brown BJ, Groom MJ, Hollis C, et al.** Implementation of telehealth services to assess, monitor, and treat neurodevelopmental disorders: systematic review. *J Med Internet Res.* 2021;23(1):e22619. doi: 10.2196/22619
30. Government Accountability Office (US). Distance Learning: Challenges providing services to K-12 English learners and students with disabilities during COVID-19. [Washington DC]: Government Accountability Office (US); 2020 nov.

Disponible en: <www.gao.gov/assets/gao-21-43.pdf>. (Consultado: jun. 2021).

31. Interactive Autism Network. IAN research report #10: 1,000 fathers of children with ASD participating in IAN research! [Baltimore]: Interactive Autism Network Research; 2009. Disponible en: <ian-community.org/cs/ian_research_reports/ian_research_report_july_2009>. (Consultado: jun. 2021).

32. Lissardy G. Cómo Uruguay pasó de ser una excepción en la pandemia de coronavirus al país con mayor tasa de casos nuevos en América Latina. BBC News Mundo. 16 mar. 2021. Disponible en: <www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56412203>. (Consultado: jun. 2021).