

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN CUIDADORES Y SÍNTOMAS AFECTIVO-
COMPORTAMENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE LA
PANDEMIAPOR COVID-19 EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS**

LEIDY YULIANA ARTEAGA OCAMPO



**UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
MANIZALES
2022**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN CUIDADORES Y SÍNTOMAS AFECTIVO-
COMPORTAMENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE LA
PANDEMIAPOR COVID-19 EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE LA
CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS**

LEIDY YULIANA ARTEAGA OCAMPO

Proyecto de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

Director:

ADONILSO JULIO DE LA ROSA
Psiquiatra Infantil



UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
MANIZALES
2022

Resumen

El presente estudio, tuvo por objetivo determinar la prevalencia actual de trastorno depresivo en los cuidadores y los síntomas afectivo-comportamentales en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19 en una Unidad de Salud mental de Manizales. Metodológicamente se corresponde con una investigación con enfoque cuantitativo, con diseño Transversal, Observacional, No experimental, descriptivo, analítico, los datos se recogieron con un instrumento tipo cuestionario para la salud del pacientes (Patient Health Questionnaire) (PHQ-9), aplicado en la población adulta para la variable prevalencia de depresión en cuidadores, y otro instrumento Child Behavior Checklist (CBCL-4-18), aplicado en la población infantil para la variable Síntomas afectivo-comportamentales. La población objeto de estudio estuvo conformada por 402 sujetos, y la muestra fue la misma que la población por lo que el estudio fue censal. Para el análisis estadístico, se empleó el software SPSS. V.25. aplicando tablas de frecuencias para las variables sociodemográficas, y regresión lineal binaria para determinar el odds ratio o probabilidad de riesgo para los casos y controles. Como resultado se obtuvo una correlación de 0,319 entre las variables prevalencia de depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales. Con lo que se concluyó que si existe una correlación entre esas variables, y aunque es baja, es significativa además que es directamente proporcional entre ellas.

Palabras claves: Prevalencia, Depresión, Afectivo-Comportamental

Abstract

The objective of this study was to determine the current prevalence of depressive disorder and affective-behavioral symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic in a Mental Health Unit in Manizales. Methodologically, it corresponds to a research with a quantitative approach, with a Transversal, Observational, Non-experimental, descriptive, analytical design, the data was collected with a questionnaire-type instrument for patient health (Patient Health Questionnaire) (PHQ-9), applied in the adult population for the variable prevalence of depression in caregivers, and another instrument Child Behavior Checklist (CBCL-4-18), applied in the child population for the variable Affective-behavioral symptoms. The population under study was made up of 402 subjects, and the sample was the same as the population, so the study was a census. For statistical analysis, SPSS software was used. V.25. applying frequency tables for sociodemographic variables, and binary linear regression to determine the odds ratio or probability of risk for cases and controls. As a result, a correlation of 0.319 was obtained between the variables prevalence of depression in caregivers and affective-behavioral symptoms. With which it was concluded that if there is a correlation between these variables, and although it is low, it is also significant that it is directly proportional between them.

Keywords: Prevalence, Depression, Affective-Behavioral

Contenido

Introducción.....	11
1. Planteamiento del problema.....	15
2. Justificación.....	19
3. Objetivos	21
3.1. Objetivo general	21
3.2. Objetivos específicos	21
4. Marco teórico	22
4.1. Depresión	22
4.2. Trastornos afectivos.....	26
4.2.1. Clasificación de los trastornos afectivos.....	27
5. Estrategia metodológica	28
5.1. Diseño del estudio.....	28
5.2. Tipo de estudio.....	28
5.3. Nivel de Investigación	28
5.4. Hipótesis del (la) Investigador(a).....	29
Hipótesis nula.....	29
Hipótesis alterna	29
5.5. Población y Muestra.....	29
5.6. Técnicas e Instrumentos.....	29
6. Aspectos éticos	33
7. Cronograma de actividades.....	34
8. Resultados	35
8.1. Caracterización socio demográficamente la población	35
8.2. Resultados del Instrumento PHQ-9.....	51
8.3.1 Análisis del riesgo a manifestación de síntomas Internalizantes y externalizantes en menores.....	55
8.4 Prevalencia de depresión en cuidadores de los niños y adolescentes de caldas.....	56
8.5 Prevalencia de síntomas de internalización y externalización de los niños y adolescentes	56

8.6 Correlación de depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales de los niños y adolescentes de la muestra	57
9. Discusión.....	62
10. Conclusión.....	67
Referencias bibliográficas	69
Anexos	74

Lista de gráficos

Gráfico 1. La edad de los cuidadores	35
Gráfico 2. Sexo de los cuidadores	36
Gráfico 3. Grado parental del cuidador con el niño - joven.....	37
Gráfico 4. Estrato social de cuidadores	38
Gráfico 5. Cuidadores diagnosticados con COVID-19.....	39
Gráfico 6. Edad de los niños - jóvenes con enfermedad de salud mental	40
Gráfico 7. Sexo de los niños - jóvenes	41
Gráfico 8. Antecedentes familiares	42
Gráfico 9. El niño - joven sufre de algún problema de salud serio	43
Gráfico 10. El niño - joven estudia	43
Gráfico 11. Actividad laboral de los cuidadores	46
Gráfico 12. Estado laboral de los cuidadores	47
Gráfico 13. Enfermedades mentales presentes en los familiares.....	48
Gráfico 14. Grado parental de los familiares con enfermedades mentales.....	49
Gráfico 15. Enfermedades presentes en los menores	50
Gráfico 16. Menores que hablan de suicidio	52
Gráfico 17. Síntomas internalizantes con mayor incidencia en la depresión de cuidadores.....	53
Gráfico 18. Síntomas externalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores.....	54

Lista de tablas

Tabla 1. Operacionalización de las variables.....	31
Tabla 2. Cronograma.....	34
Tabla 3. Rango de frecuencia de edad en cuidadores.....	35
Tabla 4. Distribución de cuidadores por sexo.....	36
Tabla 5. Grado parental del cuidador y el niño-joven.....	37
Tabla 6. Estrato social de cuidadores.....	38
Tabla 7. Cuidadores diagnosticados con COVID-19.....	39
Tabla 8. Edad de los niños – jóvenes con enfermedad de salud mental	40
Tabla 9. Sexo de los niños – jóvenes.	41
Tabla 10. Antecedentes familiares del niño- joven con enfermedades de salud mental.....	42
Tabla 11. El niño-joven sufre de algún problema de salud serio	42
Tabla 12. El niño-joven estudia.....	43
Tabla 13. Actividad laboral de los cuidadores	44
Tabla 14. Estado laboral de los cuidadores.....	46
Tabla 15. Enfermedades mentales presentes en los familiares	47
Tabla 16. Parentesco de los familiares con enfermedades mentales	48
Tabla 17. Enfermedades presentes en los menores.....	49
Tabla 18. Efecto Multivariado sobre la variable depresión	51
Tabla 19. Menores que hablan de suicidio	52
Tabla 20. Síntomas internalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores.....	53
Tabla 21. Síntomas externalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores.....	54
Tabla 22. Internalización y externalización.....	55
Tabla 23. Prevalencia de depresión en cuidadores	57
Tabla 24. Prevalencia entre síntomas internalizantes y externalizantes de los niños y adolescentes.....	57
Tabla 25. Correlación entre prevalencia de la depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales	58
Tabla 26. Baremo de Rho Spearman	58

Lista de anexos

Anexo 1 Patient Health Cuestionnaire (PHQ-9)	74
Anexo 2. Correlaciones de Pearson Escala DSM y CBCL varios estudios.....	75
Anexo 3. Cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL4-18).....	76

Introducción

Un hecho histórico que marcó significativamente la vida de todos los seres humanos en el mundo, se presentó lo que desde el mes de marzo del año 2020, cuando la organización mundial de la salud(1), dio a conocer al COVID-19. El cual, es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus cuyo brote inicial fue en Wuhan (China) en diciembre de 2019. A partir de ese momento, el estilo de vida de todo poblador en el mundo entero tuvo un giro considerable, pues los esquemas de salud quedaron abarrotados, y con ellos todo el devenir y acciones de vida de cada ciudadano.

En tal sentido, las secuelas o vestigios heredados a causa de la mencionada enfermedad aún no dejan de estar presentes en buena parte de nuestra población. Pues ha tenido repercusión en todos los ámbitos y escenarios. De tal manera que algunos seres humanos al vivir ese momento colapsaron, otros se aceleraron y otros literalmente mutaron para resistir a los avatares de la misma.

Entre múltiples efectos ocasionados por el COVID-19, a los seres humanos, se encuentra uno muy marcado en nuestra sociedad y con un antecedente histórico superior al Coronavirus. Estamos hablando de la depresión(2), la cual será objeto del presente estudio y sobre la cual se analizará a detalle a continuación desde el contexto mundial, latinoamericano, nacional y local.

A nivel mundial, existen muchas enfermedades que preocupan a la humanidad, no obstante en las últimas décadas, se ha acentuado con mayor frecuencia la depresión, la cual es una enfermedad que puede asociada a problemas de salud serios, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (3). Según fuentes de la Organización Mundial de la Salud un aproximado de 280 millones de personas padece de depresión. Ahora, con respecto a los menores, según la *Encuesta Nacional de Salud Mental (2015)*, en Colombia, la prevalencia de enfermedad mental en niños escolares es del 3%, siendo el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de conducta los más frecuentes, con prevalencias de 3% y 2,4% respectivamente (3).

Bajo este enfoque y debido a que depresión tiene diferencias con las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales leves de los seres humanos, puede convertirse en un problema que demanda mucha atención, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Ya que suele causar gran sufrimiento a la persona afectada e impactar significativa y negativamente en sus actividades laborales, escolares y familiares.

Desde una posición real, se debe mencionar que existen situaciones muy preocupantes respecto a esta enfermedad, ya que, en casos extremos, puede

llevar al suicidio. En tal sentido, esta enfermedad demanda atención significativa dentro del sector salud, más cuando según la OMS cada año se suicidan un estimado de 700 000 personas(2). Siendo el suicidio la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

No obstante, hay tratamientos conocidos y eficaces contra los trastornos mentales, más del 75% de las personas afectadas en los países de ingresos bajos y medianos no recibe tratamiento alguno (4). Muchas son las razones que se atribuyen a la desatención de algunas autoridades respecto al abordaje eficaz de la enfermedad que padecen sus pobladores, encontrándose como causales principales la falta de recursos y de proveedores de atención de salud capacitados, además de la estigmatización asociada a los trastornos mentales.

Desde otra perspectiva económica, en los países con todo tipo de ingresos, las personas que experimentan depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, a la par de otras que en realidad no padecen el trastorno son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. En este sentido, se han elaborado manuales prácticos sobre intervenciones psicológicas para la depresión, los mismos, pueden ser administrados por ciudadanos comunes sin conocimiento especializado de salud. Esto con el fin de despertar el interés de atención y detección oportuna de dicha enfermedad a fin de disminuir los efectos que gradualmente desarrolla en las personas

Desde un contexto latinoamericano, la oficina internacional para la salud pública (OPS)(5), registra que en América Latina y el Caribe la depresión está presente en el 5% de la población adulta. Adicionalmente, hace mención a que entre 60% y 65% de las personas que requieren atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. Como consecuencia se estima que 63.000 personas mueren cada año a razón de esta enfermedad; solo a nivel de América latina y el Caribe. Resulta interesante mencionar que la depresión es la más común (5%) entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%).

Por lo antes expuesto, se hace necesario ampliar el espectro de atención respecto a este flagelo, el cual sigilosamente ha ido ocupando espacios dentro de los problemas de salud que padece nuestra población. Ya que, a pesar de tener mayor repercusión en el grupo etario de 15 a 29 años de edad y en adultos mayores con mayor énfasis en el sexo femenino. Ninguna persona está exenta de padecerla. En Colombia, existen distintos organismos de salud a cargo del seguimiento, y atención a las enfermedades, y en el caso particular de la depresión desde 1998, el país cuenta con una política de salud mental que se ha venido ajustando, según lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud (País)(6) y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015.

Siendo importante destacar que, sobre el particular de la depresión, Colombia ha asumido importantes atenciones, al punto que se ha enfocado en su estudio desde cuatro ejes, a saber: promoción de la salud mental y la convivencia social; prevención y atención integral de los problemas y trastornos mentales; prevención y atención integral de los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, y atención psicosocial a poblaciones vulnerables.

Desde un contexto local, la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, Ubicada en Manizales, Caldas, fungiendo como referente espacial objeto del presente estudio. Cuenta con un servicio de salud mental que atiende con mística laboral, siendo su objetivo primordial diagnosticar, tratar y rehabilitar los trastornos de la mente, centrándose en la fisiología y la química cerebral. Los usuarios que la asisten se corresponden con una población superior a los 200 usuarios por mes. Cabe mencionar, que dicho centro de salud cuenta con el equipo profesional altamente calificado y preparado adecuado; aunado a que la misma cuenta con los implementos de diagnóstico y tratamientos pertinentes e innovadores de acuerdo a cada situación.

Para objetos del presente estudios y en función de los objetivos del mismo, se consideró a dos tipos de sujetos con dos variables de investigación. Teniendo como sujetos a 201 cuidadores usuarios del servicio de salud mental de la clínica psiquiátrica San Juan de Dios, los mismos, están representados por individuos mayores de edad (adultos), de ambos sexos, con edades que oscilan entre 22 hasta los 78 años, cuyas ocupaciones varían y de igual manera sus estratos sociales, y otras características sociodemográficas y la relación parental con los niños, jóvenes o adolescentes que cuidan es diversa, pasando desde padres, madres, padrastro, madrastra, abuela, tío, tía, primos, entre otras. Conviene mencionar que estos, sujetos serán evaluados desde la variable independiente Depresión, la cual ha sido ampliamente descrita y conceptualizada en sus variantes y acepciones en contexto mundial, latinoamericano, nacional y local.

Por otro lado, están los sujetos que están a cargo de los 201 adultos y/o cuidadores . Esta población también son 201 personas correspondiente al grupo etario de 5 a 18 años. Los mismos, guardan una relación parental o cercana con sus cuidadores. Para el objeto del presente estudio y de aquí en adelante serán llamados niños, niñas, jóvenes o adolescentes según sea requerido. Vale decir, que la variable con la cual se analizarán estos individuos será los síntomas afectivos comportamentales

El propósito principal de la presente investigación se fundamenta en determinar la prevalencia de depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19, en el servicio de salud mental de la clínica San Juan de Dios. Desde la posición de la autora, se plantea una investigación con enfoque cuantitativo, puesto que de alguna manera se espera medir la correlación entre las variables descritas. Para efectos de la

investigación se tomó como momento de estudio el periodo de la pandemia del COVID-19. Por lo que es un estudio transversal siendo de observacional ya que se centró en analizar datos de diferentes variables sobre una determinada población de muestra, y las mismas fueron recopiladas en un periodo de tiempo determinado. Es importante destacar que el estudio transversal, también es conocido como estudio de prevalencia(7)

Importante mencionar que, dentro de este estudio, se encuentra estructurado en secciones donde se analizará la problemática, así como, la justificación de la investigación, los objetivos correspondientes a la misma (Objetivo General, Objetivos Específicos). Adicionalmente se presenta el Marco Teórico, el enfoque metodológico, hipótesis del investigador, posición ética, los resultados, la discusión, conclusión, anexos entre otros

1. Planteamiento del problema

En un contexto global, la Salud Mental es definida por la Organización Mundial para la Salud como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades. Además, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad; contrariamente, no se concibe una “buena salud general” sin un adecuado equilibrio mental (5). A tales efectos, los factores de riesgo para las enfermedades mentales deben ser identificados e intervenidos rápidamente y los trastornos psiquiátricos deben ser diagnosticados y abordados multidimensionalmente para lograr mejorar la calidad de vida.

En un sentido amplio, se puede decir que la vida para el ser humano representa un sinnúmero de retos y obstáculos, muchos para los cuales no se tiene preparación previa, debido a lo emergente de su ocurrencia. Es así pues, como la epidemia de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19), representó una emergencia de salud pública de importancia internacional y aun plantea un desafío para la resiliencia psicológica. Pese a los esfuerzos y avances en la detención de los contagios con la implementación de esquemas de vacunación por parte de las organizaciones de salud del mundo y sus gobernantes. Aún persisten situaciones que atender como consecuencia de dicha enfermedad

De acuerdo a lo descrito, uno de los problemas de salud que presentó un impacto significativo y no menos importante que otros; lo representó la prevalencia de los trastornos mentales y neurológicos durante el periodo pandemia por COVID-19, los cuales si bien, no llegan con la pandemia como una novedad. Sino más bien, reflejaron un significativo aumento de casos que elevaron la carga de las enfermedades de trastornos mentales y neurológicos.

En relación a lo antes mencionado, la Depresión se ha convertido en un diagnóstico frecuente en los servicios de atención primaria en salud y según datos de la OMS, ya que se encuentra entre los primeros cinco, tornándose crónica y disminuyendo la capacidad de las personas de trabajar, estudiar, socializar o ejecutar algunas de sus actividades cotidianas (5). De tal manera que existen estudios de la OMS, donde se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la Depresión; con posibles desenlaces como el suicidio y estimaciones anuales de 800.000 muertes en todo el mundo, cuyo grupo de edad más afectado es el de las personas entre 15 y 29 años que representan el 22% de la carga total de enfermedades en América latina y el Caribe (5) dentro de los cuales destaca Colombia y representan una elevada

carga de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; dentro de este grupo de enfermedades

Los cálculos regionales en Latinoamérica arrojan los resultados que cerca de una de cada cinco personas, sufre de trastornos mentales, dentro de los cuales se encuentra la Depresión, sin embargo, es alarmante que la OMS reporte que en promedio, sólo el 3% de los presupuestos de salud de los gobiernos se invierten en salud mental y en países en vía de desarrollo casi el 50% de las personas con Depresión no reciban tratamiento (5) .

Bajo este contexto, según el boletín de salud mental sobre la depresión nuestro país, figura en el estudio de estimación de la carga de enfermedad realizado en 2010, se determinó que en las personas de 15 a 29 años la depresión mayor unipolar fue la primera causa de carga de la enfermedad con 168 años de vida saludable perdidos, (AVISA) por 1.000 habitantes y en el grupo de 30 a 44 años éste mismo trastorno se reflejó como la segunda causa de carga de enfermedad, con 45 AVISA, lo que indica que todos estos años se pierden por la discapacidad producida por la enfermedad. De igual manera, la prevalencia de Trastornos Depresivos a lo largo de la vida llega a ser 1.9 veces mayor en mujeres que en hombres, no obstante la Depresión ocupa el segundo lugar como causa de carga de la enfermedad con 54 AVISA en personas de todas las edades y en ambos sexos (8).

A manera local según la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia, el Trastorno Depresivo Mayor es el trastorno más prevalente en nuestra población adulta, con un porcentaje del 1,6 y con mayor número de casos en el sexo femenino. También, en el departamento de Caldas fueron atendidos 573 casos de depresión moderada en el 2009, mientras que en el 2015 fueron diagnosticadas 1371 personas (9) .

En relación a lo planteado, puede inferirse que las cifras actuales no son favorables en cuanto a morbilidad y años perdidos por discapacidad (APD) no sólo a nivel mundial (8), sino en el contexto nacional ya que tiene repercusión directa. Al mismo tiempo el panorama a corto plazo tampoco es favorecedor, pues se calcula que, en los próximos cinco años, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y mundialmente solo será superada por las miocardiopatías.

Sin embargo, la cuestión no solo radica en lo incapacitante que puede ser la patología mental y que su prevalencia vaya en aumento, sino que afecta a adultos, principalmente mujeres y nuestro país no es la excepción, pues en Colombia, según la cuarta encuesta nacional de salud mental realizada en el 2015, la prevalencia de depresión mayor de por vida es 4.3%, (5.4% en mujeres, 3.2% en

hombres) y siguiendo la tendencia nacional, las cifras de depresión en Caldas, han aumentado significativamente (10).

Ya se abordó el interés de identificar los trastornos depresivos en los padres y como éstos últimos pueden desencadenar respuestas emocionales desfavorables en sus hijos, tales como síntomas de internalización que se refieren a las manifestaciones de comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos y la manifestación de síntomas externalizantes que incluyen problemas relacionados con agresividad, falta de atención, desobediencia y conducta delictiva (11). También, estas características clínicas hacen parte de los trastornos psiquiátricos en la población pediátrica más prevalente, tales como el Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos de la conducta y del afecto (12).

A diferencia de los adultos, el impacto de la enfermedad mental en niños reviste una gravedad particular, debido a que impacta en los procesos de desarrollo cerebral como en la aparición de enfermedades mentales en la edad adulta, ser el origen de una enfermedad mental temprana u ocasionar mal desempeño escolar y alteraciones cognitivas (11). De la misma manera, respecto al trastorno de conducta, existe asociación con altos índices de lesiones accidentales, incremento del riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y actividad criminal.

Este estudio no solo busca analizar la prevalencia de síntomas psiquiátricos en los adultos sino algunos síntomas psicológicos en los infantes y en la adolescencia, pues aproximadamente hay más de 2.200 millones de niños en el mundo que constituyen aproximadamente el 28% de la población mundial y el COVID-19 ha afectado la vida de personas de todo el mundo, incluido niños y adolescentes de una manera sin precedentes. Varios países comenzaron a implementar medidas de contención o cierres regionales y nacionales, incluyendo el cierre de escuelas, institutos educativos y áreas de actividad, por lo que dichas circunstancias han provocado estrés, ansiedad y frustración. Asimismo, se ha indicado que, en comparación con los adultos, esta pandemia puede desencadenar grandes consecuencias adversas a largo plazo en la población pediátrica (11).

La naturaleza y el alcance del impacto en este grupo de edad dependen de muchos factores de vulnerabilidad, como la edad de desarrollo, el estado educativo actual, la condición de salud mental preexistente, los recursos económicos y si el niño o el padre en aislamiento preventivo han tenido miedo por contraer la infección o si la ha sufrido. Asimismo, la incertidumbre y el potencial impacto negativo en la progresión académica podrían tener un efecto adverso sobre la salud mental de los estudiantes (13). La contingencia epidemiológica también se ha asociado con el estrés parental y con tasas de maltrato infantil y algunos factores como la pérdida de empleo durante la pandemia es un factor de riesgo significativo para los niños especialmente con el abuso físico (14).

Partiendo de lo expuesto, se hace necesario determinar la relación entre la prevalencia de depresión en cuidadores y de síntomas afectivo-comportamentales en los niños de manera regional y local, pues Colombia no cuenta con estudios que describan dichos aspectos en el cuidador y los síntomas afectivo-comportamentales en niños y a partir de dichos resultados, se podrían crear intervenciones preventivas en las redes primarias de apoyo de los menores y mejorar las condiciones adversas, con el fin de disminuir la frecuencia y gravedad de los síntomas mencionados.

Desde un contexto general, a medida que se desarrolla la pandemia de COVID-19, el campo de la atención médica se enfrentará a una población en creciente angustia. Es útil comprender los factores que podrían exponer a las personas a una mayor carga de síntomas de ansiedad, depresión y trastornos en sus vidas. Los psiquiatras se encuentran en una posición única para mantenerse actualizados sobre la naturaleza cambiante de la amenaza y la respuesta del sistema de salud. Ayudar a la comunidad mediante la identificación de grupos de alto riesgo basados en información sociodemográfica para intervenciones psicológicas tempranas e inclusive dichos datos podrían ser usados para crear aplicaciones y plataformas para proporcionar psicoeducación e intervenciones a través de la virtualidad, para minimizar el impacto sobre la salud mental y proporcionar una línea de base para evaluar los esfuerzos de prevención, control y tratamiento durante el resto del COVID-19.

En función a los planteamientos realizados, surge la siguiente interrogante: ¿Qué tipo de relación existe entre la Prevalencia de depresión en cuidadores y los síntomas afectivos comportamentales de los niños, jóvenes, a causa del COVID-19?

2. Justificación

Considerando que la prevalencia de la depresión es un fenómeno dinámico que además varía de un país a otro, pudiendo tener valores dentro del rango de 1,4% a 11,7% (10). Además, se estima que en el 30% de los casos la depresión se vuelve crónica; y que su presencia incrementa la probabilidad de que se desencadenen algunas enfermedades o empeora el desenlace de otras. Aunado a ello, el suicidio se perfila como la complicación más aguda de la depresión mayor. Esto representa una alerta para el profesional de la salud, ya que siempre se debe evaluar el riesgo suicida a todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo a modo de prevenir un desenlace no deseado.

Desde una perspectiva más amplia, los individuos que padecen alguna enfermedad mental, requieren de ciertas atenciones que muchas veces demandan más de lo que una persona común y corriente les puede dar. Pues en la mayoría de las veces y debido a su trastorno de salud mental, las acciones de ellos no van en función de procesos normales o habituales, sino que más bien, representan hechos para los cuales ni siquiera se tienen antecedentes de situaciones conscientes.

En tal sentido, los problemas de salud mental en niños y adolescentes tienen un importante impacto significativo no solo en el propio individuo, sino en la familia, y en otros escenarios como en el entorno escolar y en la comunidad. Es importante mencionar que las dos últimas décadas el interés en la identificación de niños y adolescentes en riesgo de padecer algún tipo de trastorno emocional y/o conductual, se ha incrementado (15). A pesar de los esfuerzos destinados a esta detección precoz, diferentes investigaciones sugieren que solo una minoría de la población infantojuvenil con necesidades de intervención en el área de salud mental entra en contacto directo con servicios especializados (16). Bajo esta perspectiva, las estrategias para la prevención primaria (prevención de la aparición de sintomatología) así como para la prevención secundaria (identificación y tratamiento de individuos asintomáticos que han desarrollado factores de riesgo o rasgos subclínicos, pero cuya condición clínica no se ha manifestado) aún no están bien desarrolladas en la población infanto-juvenil.

A partir de estos datos de prevalencia, y teniendo presentes los costos económicos y sociales que generan los problemas de salud mental en este sector de la población, pone en evidencia la necesidad de llevar a cabo una evaluación y detección fiable y válida de los síntomas afectivos-comportamentales en población infanto-juvenil, y su posible relación con la depresión en sus respectivos cuidadores. Pues, una evaluación precisa conlleva a una mejor comprensión de las tasas de prevalencia de salud mental y permite una mejor gestión de estrategias de acción y programas asistenciales con mayores probabilidades de acierto frente al diagnóstico de enfermedades de salud mental.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia actual de trastorno depresivo y los síntomas afectivo-comportamentales en niños y adolescentes durante la pandemia por COVID-19 en una Unidad de Salud mental de Manizales.

3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de muestreo.
- Establecer los grados de depresión en los cuidadores según los puntajes obtenidos el cuestionario PHQ-9.
- Establecer la prevalencia actual de síntomas de internalización y externalización de los niños y adolescentes.
- Correlacionar la depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales de los niños y adolescentes de la muestra.

4. Marco teórico

4.1. Depresión

La depresión es conceptualizada como un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos; entre estos se encuentran: la tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a determinadas situaciones de la vida misma. Estos síntomas se engloban en aquellos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (4).

En contraste con las variaciones habituales que suscita el estado de ánimo o las respuestas emocionales de tristeza que experimentan los individuos ante distintas experiencias de la vida cotidiana (como por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, duelo a causa de un ser querido, etc.), esta enfermedad se visualiza como un trastorno, cuando estos síntomas se prolongan en el tiempo (como mínimo dos semanas o más), convirtiéndose en crónicos o recurrentes y afectan la habilidad de desarrollar las actividades de la vida diaria.

En función al número, frecuencia y severidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. En la medida de su severidad, la persona tendrá mayores limitaciones para avanzar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. Hay estudios que determinan que la depresión presenta una prevalencia puntual distintivamente mayor en mujeres que en hombres y en todos los grupos etarios

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, y como enfermedad, desde la óptica del modelo médico, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico (17).

El DSM 5 define el trastorno depresivo mayor como la presencia de al menos cinco síntomas durante un periodo no menor a dos semanas y que representen un cambio del funcionamiento previo (18); al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer por todas o casi todas las actividades. Los demás síntomas incluyen pérdida importante de peso sin hacer dieta, aumento de peso o alteraciones en el apetito que pueden ir desde

disminución hasta aumento de éste; insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos de muerte, ideas suicidas, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes.(19)

La depresión también es vista como la exageración constante de los sentimientos habituales de tristeza. Es considerada una enfermedad grave, con duración de varias semanas o meses, y que impacta tanto al cuerpo como a la mente (20). Además, afecta a la forma en que un individuo se desenvuelve en sus acciones habituales. Influye sobre la percepción de sí mismo (autoestima) y en su forma de ver el mundo exterior. No está relacionado con debilidad personal y no es un estado voluntario. No hay síntoma alguno que posibilite crear diferencias entre la depresión de los estados de ánimo bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque por lo general en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración.

En un sentido complementario, se puede decir que este trastorno afectivo fue la segunda causa principal de discapacidad en el mundo en 2010 y sus limitaciones funcionales son comparables o mayores a las limitaciones asociadas con la artritis, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los accidentes cerebrovasculares. De la discapacidad que fue atribuible a todos los trastornos mentales y de uso de sustancias en todo el mundo, los trastornos depresivos representaron más del 40%. De la misma manera, el funcionamiento psicosocial es inversamente proporcional a la gravedad de los síntomas, con reducciones en la calidad de vida, lo que se refiere a la satisfacción subjetiva con el funcionamiento físico, psicológico y social, generando que existan dificultades laborales, con sus parejas e hijos (21).

La familia y el entorno son influencias fundamentales en la psicopatología de niños y adolescentes por incluir factores tan variados como transmisión genética, trastornos perinatales, patología de los padres, estilos educativos anómalos y estresores agudos y crónicos. Así que cuando uno de sus cuidadores o ambos tienen episodios depresivos, no solo aumenta el riesgo epigenético de sufrir del mismo u otro trastorno, sino que a su vez, contribuye en la pobreza de relaciones intrafamiliares y afectar de manera negativa en el comportamiento del niño (17).

Como se mencionó el entorno familiar es importante por múltiples factores y en cuanto a genéticos son de indudable trascendencia, ya que durante los últimos años se ha puesto de manifiesto su relevante papel en la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Los estudios de epidemiología familiar (árboles genealógicos, concordancia gemelar y adopciones) han podido acreditar que no

existe ningún trastorno psiquiátrico en cuya génesis no intervengan en mayor o menor medida factores genéticos (22).

La influencia de la familia a través de las relaciones interpersonales es también muy importante. Esta influencia familiar se ha intentado definir operativamente a través de distintos procedimientos. En la actualidad, bajo el epígrafe de estilos educativos, se han recogido las distintas formas de actuación de los padres en su relación con el niño. Los distintos estudios tienden a delimitar tres factores básicos: rechazo, calor emocional y sobreprotección. La presencia o ausencia relativas de cada uno de estos factores parece guardar cierta relación con distintas conductas o síntomas en los niños. Por otro lado, se ha observado su influencia en la respuesta al tratamiento en algunos trastornos y aquellos que se sienten más rechazadas y sobreprotegidas por sus padres tienden a seguir una peor evolución a corto plazo (23).

Diversos estudios han relacionado el trastorno psiquiátrico de los padres con la psicopatología de los hijos, principalmente desde la perspectiva genética. Además, también se puede considerar que la influencia cotidiana de un progenitor con patología también influye en el comportamiento del niño (24). También los acontecimientos vitales estresantes se han asociado a la presencia de psicopatología en niños y adolescentes. Dentro de ellos, son de especial relevancia el maltrato físico y sexual que puede relacionarse con trastornos de ansiedad, abuso y dependencia de tóxicos, personalidad antisocial y otros tipos de trastornos (25).

Los hijos de padres deprimidos tienen casi tres veces más probabilidades de experimentar un episodio de depresión durante toda la vida que los hijos de padres no deprimidos (26). Estas asociaciones negativas entre la depresión materna perinatal y los resultados adversos del desarrollo infantil se han estudiado ampliamente. Sin embargo, la literatura ha tendido a centrarse en el impacto de la depresión materna en los resultados de la descendencia. Recientemente ha habido un aumento en la investigación empírica que investiga los efectos que la depresión de los padres puede tener en los resultados de la descendencia, con cierta evidencia de un efecto. También hay evidencia que sugiere que las madres deprimidas son más propensas que las madres no deprimidas a practicar comportamientos parentales pobres y tener interacciones negativas con sus hijos. Las madres deprimidas también tienen menos probabilidades de promover comportamientos de seguridad que puedan prevenir lesiones y daños entre sus hijos y es más probable que usen castigos corporales. A la luz de esto, se ha propuesto que el impacto de la depresión en los comportamientos parentales podría ser un mecanismo mediador para la transmisión del riesgo a la descendencia (27).

Una posibilidad es que los déficits en el vínculo padre-hijo aumenten el riesgo de patrones de apego inseguros en la infancia, en respuesta al estrés. La

investigación sugiere que la depresión materna disminuye la probabilidad de un apego seguro y aumenta el riesgo de apego evitativo y desorganizado. En particular, tener una madre deprimida aumenta el riesgo de que los niños tengan problemas conductuales, emocionales y cognitivos. Los hallazgos epidemiológicos implican que la depresión es aproximadamente dos veces más común en las madres que en los padres, aunque existen amplias variaciones en las tasas reportadas de depresión paterna (28). Las prácticas parentales que están potencialmente alteradas por la depresión materna van desde la lactancia materna, hasta la dieta y nutrición de niños y adolescentes, influyen en los patrones de sueño del lactante y la capacidad reducida para proporcionar estimulación adecuada y experiencias enriquecedoras (29).

Los efectos del orden de nacimiento son variables. Los primogénitos son a menudo más valorados y reciben más atención que los hijos sucesivos, y parecen estar más orientados a los éxitos y motivados a agradar a sus padres que los siguientes hijos nacidos de los mismos padres. Los hijos segundo y tercero cuentan con la ventaja de la experiencia previa de sus padres y los niños más pequeños también aprenden de sus hermanos mayores; no obstante, cuando nacen demasiado seguidos, puede no disponerse de tiempo suficiente para dedicarse a cada uno (17).

Los términos "internalizar" y "externalizar" se usan ampliamente para describir 2 agrupaciones de banda ancha de problemas de comportamiento, emocionales y sociales. Estos términos se introdujeron en 1966 para describir agrupaciones de problemas derivadas de factores analíticos encontrados en niños, por lo que el grupo de internalización representa trastornos con ansiedad prominente, síntomas depresivos y somáticos, mientras que el grupo de externalización representa trastornos con prominentes síntomas de conducta impulsiva, disruptiva y uso de sustancias (30). La descendencia de padres deprimidos con frecuencia está expuesta a un riesgo elevado de problemas de externalización e internalización, menor desarrollo neurobiológico, dificultades sociales y académicas y el posterior desarrollo de la psicopatología del adulto (27).

Algunos estudios han llegado a la conclusión de que la depresión en las madres está más estrechamente relacionada con los problemas de internalización (pero no externalización) de los niños que la depresión en los padres y que el predictor más fuerte de la depresión materna es la salud mental antes del embarazo (28). Pero esto no quiere decir que no existan efectos desadaptativos si la figura paterna es quien presenta la depresión, pues en el período postnatal, la depresión paterna también se asoció con problemas de internalización y de externalización en la infancia temprana y tardía, con asociaciones presentes en la descendencia de 2 meses a 8 años y en otros estudios también se asoció con un mayor riesgo de funcionamiento adolescente negativo, específicamente síntomas externalizantes, en descendientes de 11 a 21 años de edad (27).

Un comportamiento de externalización de inicio en la infancia marca un mayor riesgo de un diagnóstico clínico de trastornos de externalización en la edad adulta joven y aumenta la probabilidad de problemas de salud, abuso de sustancias, dificultades financieras y delincuencia en la edad adulta. La paternidad especialmente disfuncional y el funcionamiento familiar deteriorado se han identificado como factores cruciales en el desarrollo del comportamiento de externalización de los niños. Estos hallazgos implican que las intervenciones parentales pueden producir reducciones significativas en el comportamiento de externalización de los niños (30).

Si bien hay una gran cantidad de evidencia que respalda el tratamiento psicológico de la depresión, los efectos de dicho tratamiento sobre el desarrollo infantil y la crianza de los hijos actualmente no están claros y los resultados han sido bastante variados (29). Pero si hay evidencia en primer lugar que los niños parecen beneficiarse si sus padres recibieron intervenciones parentales durante los años de la escuela primaria, con un efecto medio basado en medidas de internalización y para el grupo de externalización, con mejores resultados si los programas se entregan a los padres muy temprano en la vida de sus hijos, incluido el período prenatal., puede producir efectos preventivos a largo plazo (aunque pequeños) sobre las medidas de los síntomas de internalización infantil (31).

Los coronavirus son importantes patógenos humanos y animales. A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei. Se propagó rápidamente, lo que provocó una epidemia en toda China, seguida de una pandemia mundial. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019 y hasta el momento aproximadamente 80 millones de personas alrededor del mundo se creen que han padecido dicha entidad (32).

El SARS-COV-2 se asocia con múltiples problemas psiquiátricos en varios grupos, incluidos los pacientes con COVID-19 y en los médicos que atienden a pacientes con COVID-19 sospechado o confirmado (33). Además, el COVID-19 puede afectar negativamente a los pacientes que tienen trastornos psiquiátricos anteriores a la pandemia y pueden tener un mayor riesgo de infección, debido a las dificultades para adherirse al lavado de manos frecuente y al distanciamiento físico, así como la falta de conocimiento y los problemas para comprender el riesgo de infección (34).

4.2. Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos se caracterizan por ser un conjunto de alteraciones psíquicas relacionadas con estados de ánimo que se presentan de manera extrema y patológica y que interfieren de forma muy determinante en la funcionalidad de la persona, generando un profundo sufrimiento, deteriorando su autoestima, además de la manera de ver el mundo y de otras situaciones que

acontecen en él. Es decir, los individuos, se alejan de la coherencia y objetividad con que verdaderamente suceden las cosas (35) . Por lo general, Las personas que padecen de estos trastornos afectivos, tienen un sentido desmesurado de las atribuciones de causa y responsabilidad, lo que conlleva a consecuencias muy negativas en el ámbito emocional, en la cognición y en la conducta.

4.2.1. Clasificación de los trastornos afectivos

De una manera sintetizada se tratará de explicar los distintos tipos de trastornos afectivos por los que pueden ser afectados los individuos (36) . Haciendo la salvedad que existen individuos con más de un caso clínico. A continuación, se mencionan:

Existen los Cuadros depresivos, en los que la categoría principal es un estado de ánimo triste, apagado, lúgubre, lo que se denomina hipotónico. Por otra parte, tenemos el Trastorno Depresivo Mayor, el cual se trata de la categoría principal de los episodios depresivos. El mismo, puede presentarse en un único episodio o bien de forma recurrente. A su vez. Desde el punto de vista clínico, se presenta de diferentes formas, entre las que están:

- Depresión melancólica o endogenomórgica
- Depresión atípica
- Depresión psicótica
- Depresión catatónica
- Depresión postparto (cuidado no todos los trastornos afectivos tras el parto cumplirán criterios para un Trastorno Depresivo Mayor).
- Trastorno Afectivo Estacional

En este orden de Ideas, cuando el Individuo presenta un cuadro depresivo de menor intensidad, pero caracterizado por su cronicidad, estaremos hablando de Distimia y cuando un trastorno distímico se superpone un episodio de trastorno depresivo mayor se le conoce como Depresión doble.

5. Estrategia metodológica

5.1. Diseño del estudio

El diseño del estudio está basado en la estrategia o plan utilizado para responder una pregunta, se puede decir que es la base o clave de la calidad de la investigación clínica. En este sentido, el diseño del presente estudio es Observacional (37), No experimental, debido a que el investigador no manipula las variables para obtener resultados, siendo que se observan los fenómenos tal y como son en su naturaleza descriptivo, ya que se describe una exposición o resultados, sin intentar explicar dicha distribución, sino más bien buscando asociaciones o correlación.

También es transversal, debido a que se busca medir la prevalencia de depresión en cuidadores en un periodo de tiempo determinado (38), para este caso el periodo del COVID-19. Es considerado retrospectivo por la ocurrencia previa de la depresión en los sujetos objeto de estudio. Es Analítico, debido a que también se evalúa asociaciones entre exposiciones y resultados, así como intentar determinar las causas de los hallazgos

5.2. Tipo de estudio

Dado que el fundamento de este estudio, se basa en la recolección de datos para probar hipótesis con base basado en la medición numérica y el análisis estadístico (38), su enfoque es de tipo Cuantitativo, (37). Para el caso del presente estudio el periodo de observación lo representa el tiempo comprendido entre marzo 2021 hasta enero del 2022. En el estudio se presentan las variables Prevalencia de depresión, aplicada para los sujetos de investigación “Cuidadores”, y la variable síntomas afectivo-comportamentales, aplicada para los sujetos de investigación niños y jóvenes.

5.3. Nivel de Investigación

El nivel de investigación está asociado al grado y profundidad del problema o fenómeno a estudiar por parte del investigador (39). Respecto al presente estudio, cuyo objetivo general es determinar la prevalencia de depresión en cuidadores y los síntomas afectivo-comportamentales de los niños y jóvenes durante la pandemia del COVID-19. En la Clínica San Juan de Dios, Caldas. Se puede decir que es un estudio de tipo correlacional. Esto se explica si se tiene claro que entre dos o más variables, cuando se estudian por correlación pueden darse los siguientes casos: que no exista correlación entre ellas, que exista correlación entre ellas. Y es importante además analizar el grado de significancia de la correlación, ya que esto determina que tan fuerte o débil es la correlación(38).

5.4. Hipótesis del (la) Investigador(a)

Los síntomas afectivo-comportamentales de los niños y jóvenes con problemas de salud mental inciden en la prevalencia de depresión en sus cuidadores

Hipótesis nula

- No existe correlación entre el trastorno depresivo de los cuidadores y la presencia de síntomas afectivos- comportamentales en los niños escolares de Caldas.
- La prevalencia de síntomas afectivo-comportamentales en Caldas no es mayor en niños que en niñas.

Hipótesis alterna

- Existe correlación entre el trastorno depresivo de los cuidadores y la presencia de síntomas afectivos- comportamentales en los niños escolares de Caldas.
- La prevalencia de síntomas afectivo-comportamentales en Caldas es mayor en niños que en niñas.

5.5. Población y Muestra

La población objeto del presente estudio, la representó el total de pacientes y cuidadores usuarios del servicio de salud mental de la clínica San Juan de Dios, ubicada en el departamento de Caldas, específicamente en Manizales. El total de sujetos entrevistados fue 402. Con respecto a la muestra, teniendo presente que es una muestra finita, será considerada por la autora de este estudio como censal, debido a que la población se corresponde con la misma cantidad de unidades de observación (40). Es decir, la población y la muestra serán los mismos 402 sujetos.

5.6. Técnicas e Instrumentos

Para la recolección de los datos se empleó un instrumento tipo Cuestionario con preguntas orientadas a la caracterización de la población. El mismo es llamado Patient Health Questionnaire (PHQ-9), es generalmente utilizado en investigaciones del campo de salud para recolectar información en sujetos adultos. Cabe mencionar que este instrumento fue adaptado acorde a los propósitos de la investigación para la variable prevalencia de depresión, teniendo un planteamiento dicotómico para una sólo opción de respuesta. Con respecto a la información relacionada a la variable Síntomas afectivo-comportamentales asociadas a los sujetos de investigación niños jóvenes, se empleó un instrumento tipo encuesta llamado investigac y Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18). También utilizado comúnmente en ciencias de la salud, para evaluar individuos de temprana edad o

niños y jóvenes en este caso, el rango de edad está entre los 4 años y los 18 años.

La información recolectada, fue procesada mediante el software estadístico SPSS, Versión 25. Con el fin de obtener los parámetros estadísticos planteados desde los objetivos del presente estudio. Se realizó una encuesta a través de un formulario de Google a aquellos niños y adolescentes que consultaron de manera presencial o mediante teleconsulta a la Clínica San Juan de Dios en Manizales desde el inicio de la pandemia que será tomada con la fecha a partir de la cual la Presidencia de la República, a través del Decreto 417 del 17 de marzo de 2020 declaró Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional, hasta el 31 de diciembre del 2020.

Los criterios de inclusión es que tengan una edad entre 4 a 18 años, pues estas son las edades para las cuales están validadas las escalas de autoinforme, pero se excluirán a aquellos que cuenten con el diagnóstico de trastornos infantojuveniles tales como discapacidad intelectual leve, moderada o severa y trastornos neurológicos y de la misma manera no se evaluarán a los individuos cuyos padres o cuidadores rechazaron el consentimiento informado. Asimismo, se brindó una explicación a los participantes sobre las características del proyecto y su consecuente socialización. A continuación se describe cada Instrumento empleado en esta investigación.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9): El Cuestionario de Salud del Paciente-9 se desarrolló como un evaluador auto aplicable para detectar síntomas de depresión en atención primaria, ampliamente disponible, con facilidad de aplicación e interpretación (32). Se compone de nueve ítems donde evalúa cada uno de los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor (MDE). Los puntajes varían de 0 a 27, con puntaje de ≥ 10 para detectar casos de MDE actual (33). Más de 100 estudios han examinado el PHQ-9 para su uso en atención primaria y más allá (34). De igual forma, evalúa la dificultad que generan los síntomas en la vida de la persona a través de una pregunta cerrada con 4 opciones de respuesta: Nada difícil, un poco difícil, muy difícil y extremadamente difícil. La validación de la versión al castellano fue realizada en Chile en centros de atención primaria, mostrando adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,835), sensibilidad (88 %) y especificidad (92 %), comparado con la escala de Hamilton-D. De igual forma, presenta una adecuada validez concurrente y predictiva con respecto a los criterios de la CIE-10 para la depresión. La puntuación total de síntomas en el PHQ-9 predice la persistencia de los síntomas depresivos (41).

Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18): Cuestionario diligenciado por el cuidador principal o en compañía del niño según la edad y evalúa problemas internalizantes y externalizantes, habilidades o competencias de los niños ligadas al ámbito escolar y social y sus comportamientos problemáticos. Los componentes

mencionados de puntúan en ocho dominios: Aislamiento, Quejas somáticas, Ansiedad/depresión, Problemas Sociales, Alteraciones del pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Delictiva y Conducta Agresiva. El núcleo referente a síntomas internalizantes combina las escalas de aislamiento, quejas somáticas, y ansiedad/depresión. El núcleo de síntomas externalizantes combina las escalas de conducta delictiva y conducta agresiva. El cuestionario se encuentra validado en población colombiana mostrando una alta fiabilidad (42)

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

Variable	Indicador	Valores finales	Escala
Sexo del cuidador	Sexo referido por el encuestado	Femenino. Masculino	Catagórico nominal dicotómica
Sexo del niño	Sexo referido por el encuestado	Femenino. Masculino	Catagórico nominal dicotómica
Edad	Edad en años cumplidos referida por el encuestado	Número de años cumplidos	Cuantitativa, razón, discreta
Orden	Orden de nacimiento del niño respecto a sus hermanos	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Otro	Catagórica nominal politómica
Estrato	Estrato en el que vive el encuestado acorde a los servicios de energía	1. 2 3 4. 5. 6	Catagórica nominal politómica
Composición dinámica familiar	Como está conformada la familia con la que vive el niño	Familia monoparental. Familia biparental. No convive con sus padres	Catagórico nominal politómico
Parentesco	Parentesco del cuidador	Padre Madre	Cualitativa, nominal,

		Otro	politómica
Trastorno mental familiar	Antecedente de trastorno mental diagnosticado en algún familiar del menor encuestado	Si No	-Cualitativa, nominal, dicotómica
Aislamiento	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Síntomas somáticos	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Ansiedad/depresión	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Internalización	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Problemas sociales	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Alteraciones pensamiento	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Inatención	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Externalización	Grado de riesgo según el puntaje de la escala CBCL	Bajo Medio, Alto	Categórica ordinal politómica
Grado de Depresión	Grado de Depresión medido por el puntaje total de la escala PHQ9	Mínimo o leve. Moderado. Moderado-Severo. Severo.	Categórica ordinal politómica

Fuente: Elaboración propia.

6. Aspectos éticos

De acuerdo a la declaración de Helsinki del año 2015 sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, en el presente proyecto se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones (31)

1. Riesgos y beneficios: con el fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se conocerá por parte de los investigadores, los nombres, números de documento de identidad ni códigos estudiantiles de la población de individuos evaluados; los cuestionarios serán auto aplicado y éstos se entregarán separados de los consentimientos informados. Los beneficios directamente para los participantes será la entrega de un formato de informe de riesgo psicosocial, que contiene recomendaciones tales como si es necesario la valoración prioritaria por síntomas de riesgo por médico MHGAP o psiquiatría infanto-juvenil.
2. Personas vulnerables: Los criterios de exclusión incluyen a los cuidadores y niños que no aceptaron firmar el consentimiento informado y a aquellos menores con déficit cognitivo.
3. Se explicará a cada uno de los participantes en lenguaje no médico y claro acerca de la investigación y los métodos empleados.
4. Esta investigación se declara libre de conflictos de interés.
5. Comité de ética de investigación: el protocolo de investigación será enviado para evaluación y aprobación por el comité de ética de la Universidad de Caldas, el cual no hace parte de la investigación.
6. Criterio de voluntariedad: La participación es totalmente autónoma y solo serán analizados los datos de los sujetos que aceptaron contribuir a la investigación.
7. Garantizar al paciente que la información de sus datos personales se mantendrá bajo reserva de los autores.
8. El fin del proyecto es ampliar el conocimiento científico acerca de la salud mental de los padres y su impacto en la manifestación de síntomas de internalización y externalización en los niños.

7. Cronograma de actividades

A continuación, se evidencia el cronograma:

Tabla 2. Cronograma.

ACTIVIDAD	DURACIÓN	MES														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Revisión bibliografica	1 mes	■														
Redacción primer informe escrito	3 meses		■	■	■											
Avances en el informe escrito I	2 meses			■	■											
Avances en el informe escrito II	1 mes				■											
Presentación colectivo docente	1 mes				■											
Recolección de información	9 meses				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Introducción de datos en programa estadístico	4 meses										■	■	■	■		
Análisis estadístico de los datos	3 meses											■	■	■		
Redacción del informe final	3 meses												■	■	■	
Presentación del informe final	1 mes														■	

Fuente: elaboración propia.

8. Resultados

A continuación, se analizará los datos sociodemográficos más relevantes, mediante la distribución de frecuencias, con el fin de determinar las incidencias y sus respectivos porcentajes con su debida interpretación por el investigador (38). Siendo importante mencionar que los resultados de esta investigación persiguen dar respuestas a los objetivos planteados en la misma. Siendo el primero de ellos:

8.1. Caracterización socio demográficamente la población

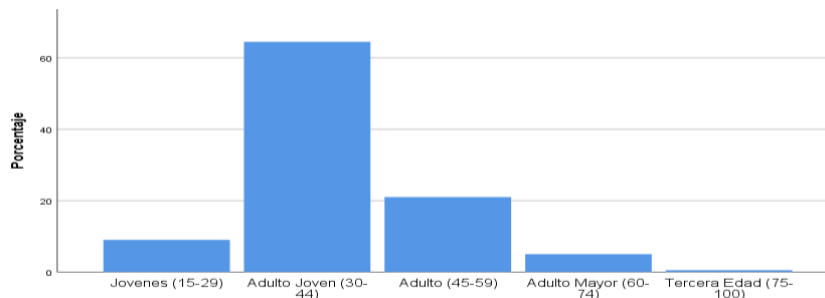
Los resultados del rango de edad son:

Tabla 3. Rango de frecuencia de edad en cuidadores.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Jóvenes (15-29)	18	9,0	9,0	9,0
	Adulto Joven (30-44)	129	64,2	64,5	73,5
	Adulto (45-59)	42	20,9	21,0	94,5
	Adulto Mayor (60-74)	10	5,0	5,0	99,5
	Tercera Edad (75-100)	1	,5	,5	100,0
	Total		200	99,5	100,0
Perdidos	Sistema	1	,5		
Total		201	100,0		

Fuente: elaboración Propia

Gráfico 1. La edad de los cuidadores



Fuente: elaboración propia

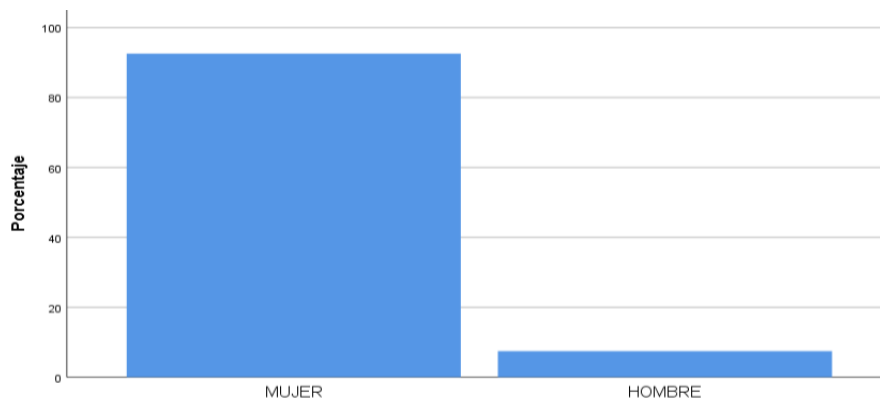
Como se puede Observar en el gráfico de Cuidadores, el mayor rango de edades se corresponde con el 64,2% representando un valor cuantitativo equivalente a 129 sujetos. Esto indica que para nuestro caso de estudio el grupo etario con mayor frecuencia son Adultos Jóvenes entre 30 a 44 años.

Tabla 4. Distribución de cuidadores por sexo.

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MUJER	186	92,5	92,5	92,5
	HOMBRE	15	7,5	7,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico 2. Sexo de los cuidadores



Fuente: Elaboración propia

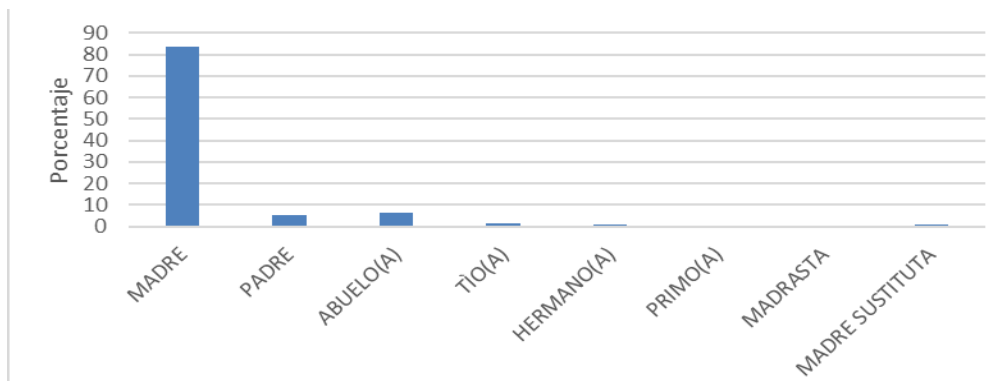
Como se puede Observar en el gráfico de Cuidadores, el mayor valor representativo se corresponde con el 92,5% representando un valor cuantitativo equivalente a 186 mujeres, contra 15 Hombres. Esto indica que, para nuestro caso de estudio, el sexo predominante en Cuidadores lo tienen las Mujeres.

Tabla 5. Grado parental del cuidador y el niño-joven

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MADRE	168	83,6	83,6	83,6
	PADRE	11	5,5	5,5	89,1
	ABUELO(A)	13	6,5	6,5	95,5
	TÍO(A)	3	1,5	1,5	97,0
	HERMANO(A)	2	1,0	1,0	98,0
	PRIMO(A)	1	,5	,5	98,5
	MADRASTA	1	,5	,5	99,0
	MADRE SUSTITUTA	2	1,0	1,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 3. Grado parental del cuidador con el niño - joven



Fuente: elaboración propia

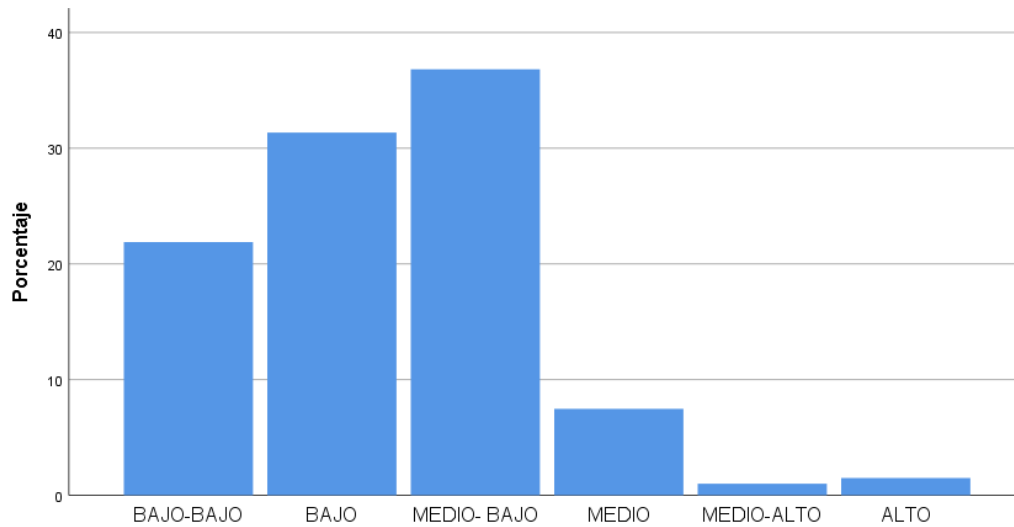
Como se puede Observar en el gráfico de Cuidadores, el mayor valor representativo se corresponde con el 83,6% representando un valor cuantitativo equivalente a 168 madres, Seguido de un 6,5% para la categoría Abuelos. Esto indica que son las madres las que mayormente se ocupan de la atención como cuidadoras de sus hijos con enfermedad de salud mental.

Tabla 6. Estrato social de cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	BAJO-BAJO	44	21,9	21,9	21,9
	BAJO	63	31,3	31,3	53,2
	MEDIO-BAJO	74	36,8	36,8	90,0
	MEDIO	15	7,5	7,5	97,5
	MEDIO-ALTO	2	1,0	1,0	98,5
	ALTO	3	1,5	1,5	100,0
	Total		201	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Estrato social de cuidadores



Fuente: elaboración propia

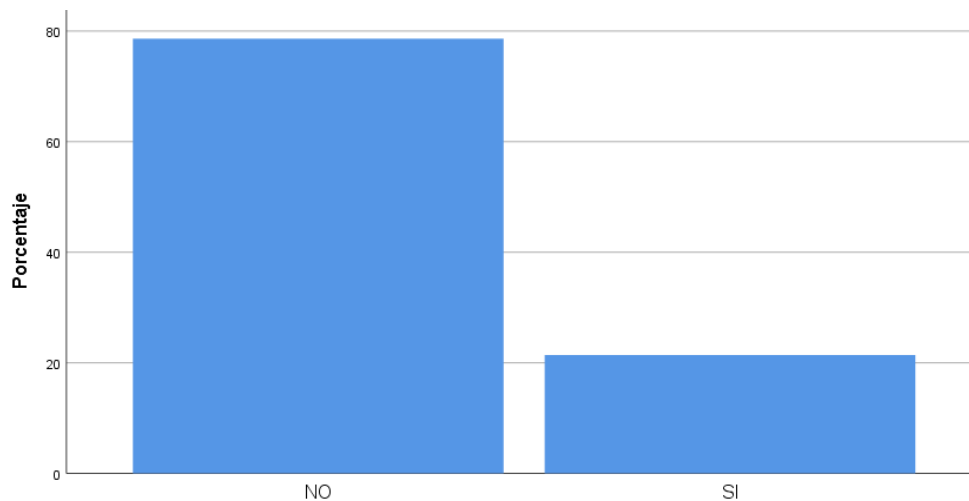
Como se puede observar en el gráfico de Cuidadores, el mayor valor representativo se corresponde con el 36,8% representando un valor cuantitativo equivalente a 74 sujetos para la categoría medio-bajo, Seguido de un 31,3%, ocupando un valor cuantitativo 63 sujetos para la categoría bajo. Esto indica los cuidadores en su mayoría pertenecen a los estratos sociales bajo y medio bajo, estando casi todos por debajo del estrato 3. Este dato es importante si se considera que las enfermedades de Salud mental implican un costo significativo respecto a su tratamiento.

Tabla 7. Cuidadores diagnosticados con COVID-19

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	158	78,6	78,6	78,6
	SI	43	21,4	21,4	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración Propia

Gráfico 5. Cuidadores diagnosticados con COVID-19



Fuente: elaboración propia

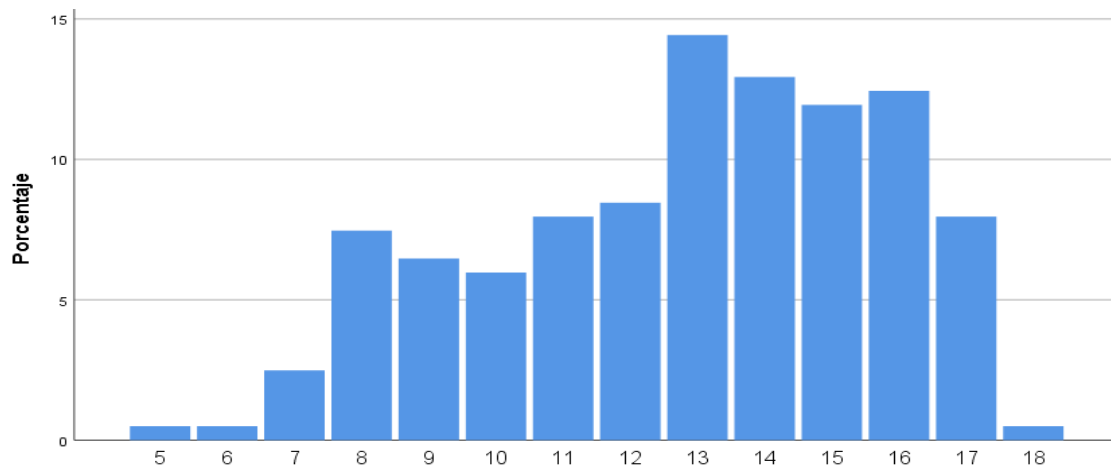
Como se puede Observar en el gráfico de Cuidadores, al menos el 21,4% de los cuidadores, fueron diagnosticados con COVID-19. Siendo este, un valor cuantitativo de 43 sujetos. Este dato es significativo, si se plantea la dependencia que tiene un niño o joven del cuidador.

Tabla 8. Edad de los niños – jóvenes con enfermedad de salud mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5	1	,5	,5	,5
	6	1	,5	,5	1,0
	7	5	2,5	2,5	3,5
	8	15	7,5	7,5	10,9
	9	13	6,5	6,5	17,4
	10	12	6,0	6,0	23,4
	11	16	8,0	8,0	31,3
	12	17	8,5	8,5	39,8
	13	29	14,4	14,4	54,2
	14	26	12,9	12,9	67,2
	15	24	11,9	11,9	79,1
	16	25	12,4	12,4	91,5
	17	16	8,0	8,0	99,5
	18	1	,5	,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 6. Edad de los niños - jóvenes con enfermedad de salud mental



Fuente: elaboración propia

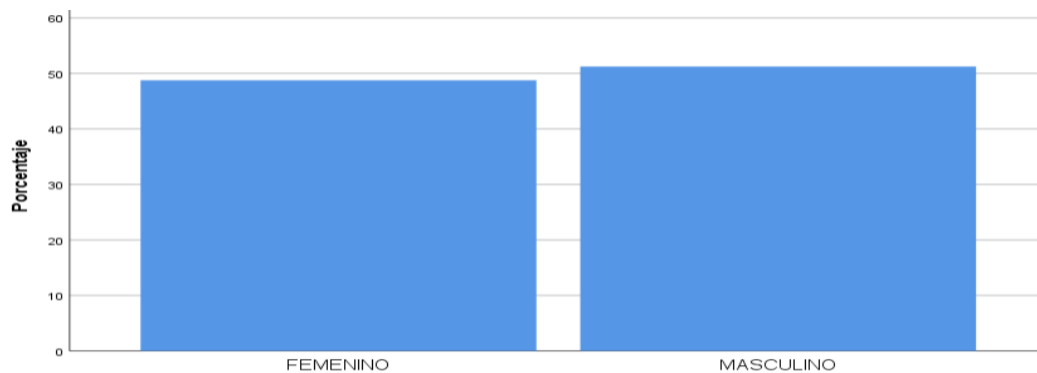
Como se puede Observar en el gráfico las edades de los niños y jóvenes con enfermedad de salud mental, se encuentran en el rango de 12 a 16 años. Ocupando un 60,1% y un valor cuantitativo de 121 sujetos.

Tabla 9. Sexo de los niños – jóvenes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	98	48,8	48,8	48,8
	MASCULINO	103	51,2	51,2	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 7. Sexo de los niños - jóvenes



Fuente: elaboración propia

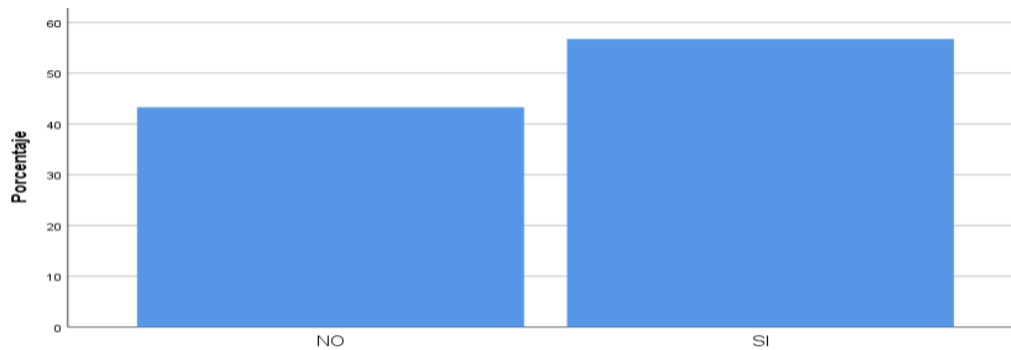
Como se puede Observar en el gráfico el 51,2% de los niños con enfermedad de salud mental son de sexo masculino con un total de 103, frente a un 48,8% de sexo femenino para un valor de 98. Lo que indica que el sexo no es relevante en cuanto a la ocurrencia.

Tabla 10. Antecedentes familiares del niño- joven con enfermedades de salud mental

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	87	43,3	43,3	43,3
	SI	114	56,7	56,7	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 8. Antecedentes familiares



Fuente: elaboración propia

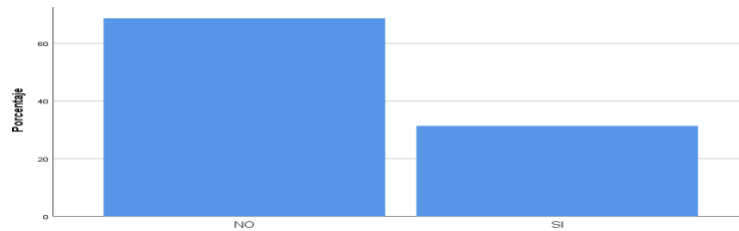
Como se puede Observar en el gráfico el 56,7% de los niños con enfermedad de salud mental tienen antecedente familiar, lo que indica que el grado hereditario está presente.

Tabla 11. El niño-joven sufre de algún problema de salud serio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	138	68,7	68,7	68,7
	SI	63	31,3	31,3	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 9. El niño - joven sufre de algún problema de salud serio



Fuente: elaboración propia

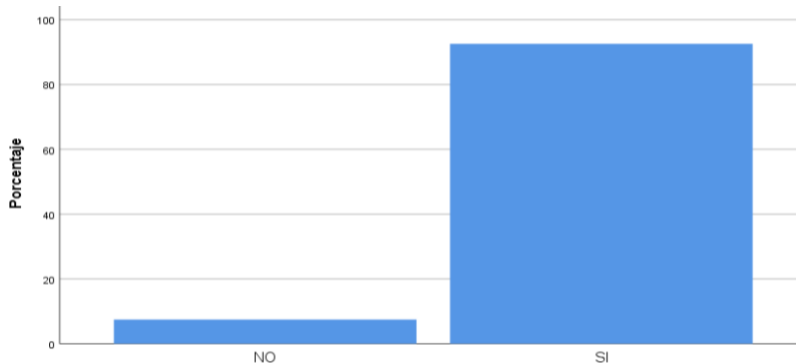
Como se puede Observar en el gráfico el 31,3% (63 niños – jóvenes) presentan algún problema de salud serio. Esto representa mayor atención por parte de sus cuidadores e impacta también en su economía y por ende en mayores preocupaciones, conllevando a la prevalencia de depresión.

Tabla 12. El niño-joven estudia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	15	7,5	7,5	7,5
	SI	186	92,5	92,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 10. El niño - joven estudia



Fuente: elaboración propia

Como se puede Observar en el gráfico el 92,5% (186 niños) Para el momento del estudio, se encontraron activos escolarmente. Este dato es importante si

consideramos que, durante la pandemia, la educación se hizo al 100% virtual, acarreando mayor atención y preparación de parte de los cuidadores.

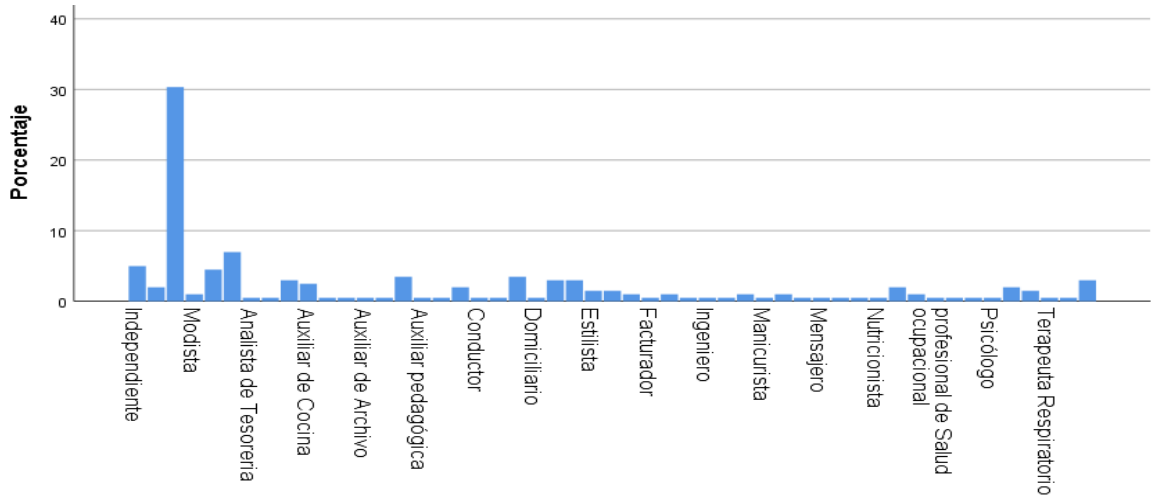
Tabla 13. Actividad laboral de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	10	5,0	5,0	5,0
	Agricultor	4	2,0	2,0	7,0
	Ama de Casa	61	30,3	30,3	37,3
	Modista	2	1,0	1,0	38,3
	Asesor Comercial	9	4,5	4,5	42,8
	Auxiliar Administrativo	14	7,0	7,0	49,8
	Analista de Tesorería	1	,5	,5	50,2
	Auxiliar Contable	1	,5	,5	50,7
	Auxiliar en Enfermería	6	3,0	3,0	53,7
	Auxiliar de Cocina	5	2,5	2,5	56,2
	Auxiliar de Odontología	1	,5	,5	56,7
	Arrendatario	1	,5	,5	57,2
	Auxiliar de Archivo	1	,5	,5	57,7
	Asistente de Gerencia	1	,5	,5	58,2
	Oficios varios	7	3,5	3,5	61,7
	Auxiliar pedagógica	1	,5	,5	62,2
	Bacterióloga	1	,5	,5	62,7
	Comerciante	4	2,0	2,0	64,7
	Conductor	1	,5	,5	65,2
	Camarera	1	,5	,5	65,7
	Docente	7	3,5	3,5	69,2
	Domiciliario	1	,5	,5	69,7
	Trabajador Doméstico	6	3,0	3,0	72,6
	Enfermera Jefe	6	3,0	3,0	75,6
	Estilista	3	1,5	1,5	77,1
	Estudiante	3	1,5	1,5	78,6
	Gerente	2	1,0	1,0	79,6
	Facturador	1	,5	,5	80,1
	Guarda de Seguridad	2	1,0	1,0	81,1

Higienista Oral	1	,5	,5	81,6
Ingeniero	1	,5	,5	82,1
Jefe de ventas	1	,5	,5	82,6
Madre Sustituta	2	1,0	1,0	83,6
Manicurista	1	,5	,5	84,1
Mecánico Automotriz	2	1,0	1,0	85,1
Mecánico Industrial	1	,5	,5	85,6
Mensajero	1	,5	,5	86,1
Mesero	1	,5	,5	86,6
Militar	1	,5	,5	87,1
Nutricionista	1	,5	,5	87,6
Operario	4	2,0	2,0	89,6
Pensionado	2	1,0	1,0	90,5
profesional de Salud ocupacional	1	,5	,5	91,0
Profesional en seguridad en el trabajo	1	,5	,5	91,5
Promotora de salud	1	,5	,5	92,0
Psicólogo	1	,5	,5	92,5
Secretaria	4	2,0	2,0	94,5
Técnico	3	1,5	1,5	96,0
Terapeuta Respiratorio	1	,5	,5	96,5
Trabajador Social	1	,5	,5	97,0
Vendedor	6	3,0	3,0	100,0
Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Grafico 11. Actividad laboral de los cuidadores



Fuente: elaboración propia

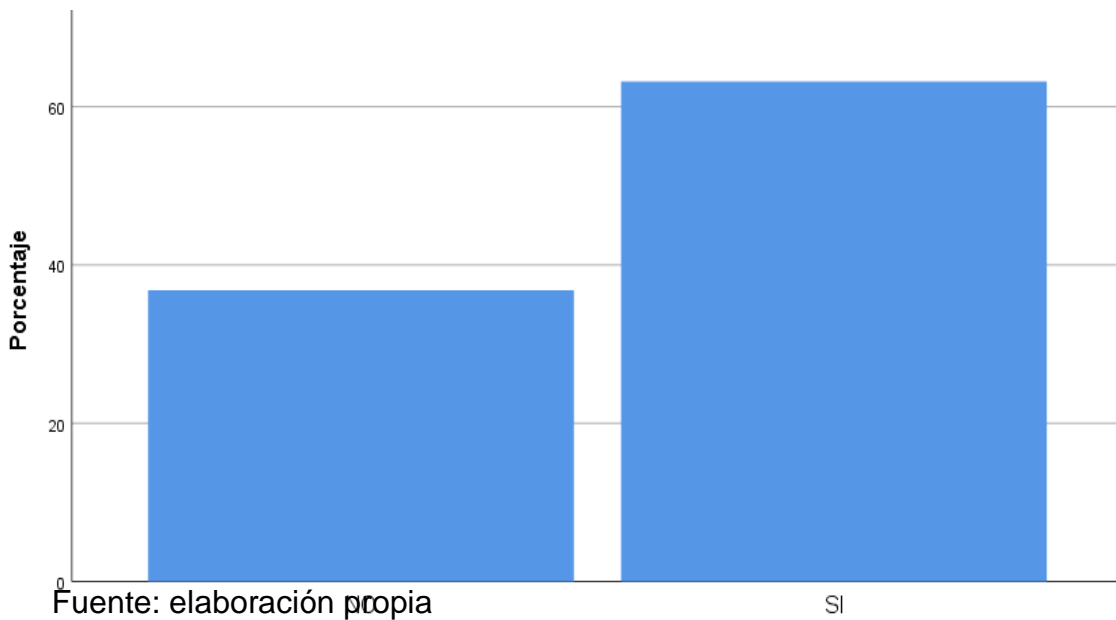
Como se puede Observar en el gráfico la actividad laboral que mayor valor representativo se reflejó es la de ama de casa con un 30,3% representando un valor cuantitativo equivalente a 61 mujeres. Esto indica que la mayor parte de los cuidadores se desempeñan como amas de casa

Tabla 14. Estado laboral de los cuidadores

¿ACTUALMENTE S ENCUENTRA TRABAJANDO?					
Válido		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		NO	74	36,8	36,8
	SI	127	63,2	63,2	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 12. Estado laboral de los cuidadores



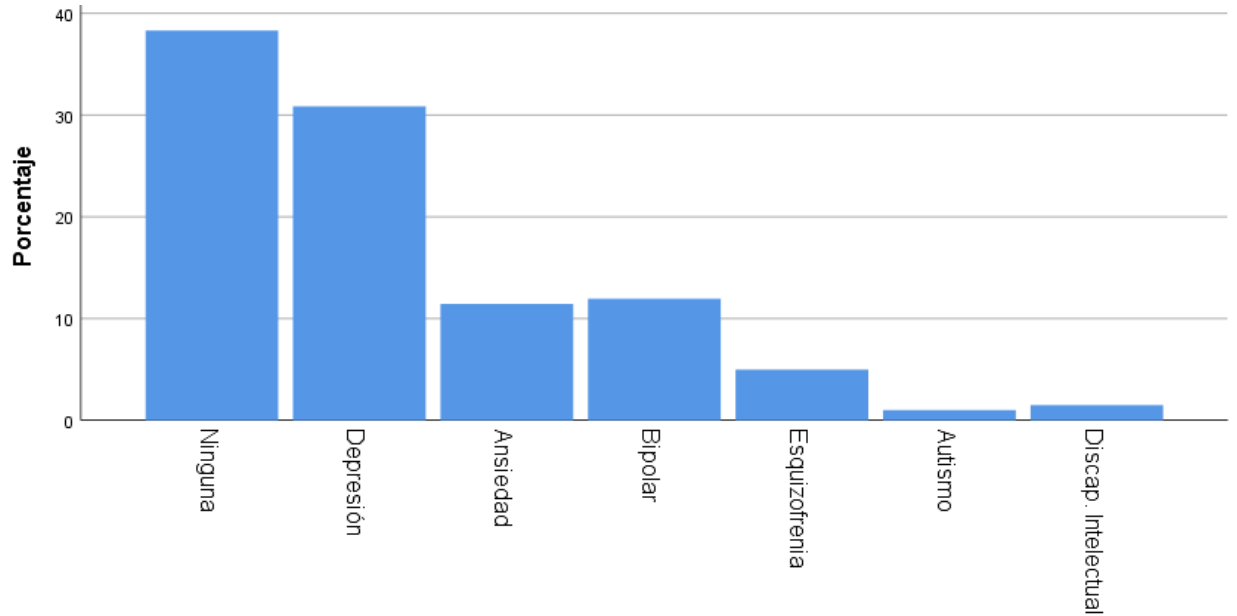
Como se puede Observar en el gráfico sobre el estado laboral de los cuidadores, frente a la pregunta si se encuentra trabajando se observa que el mayor valor representativo se reflejó es la respuesta “si” con un 63,7% representando un valor cuantitativo equivalente a 127 cuidadores. Esto indica que la mayor parte de los cuidadores tienen una actividad laboral.

Tabla 15. Enfermedades mentales presentes en los familiares

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguna	77	38,3	38,3	38,3
	Depresión	62	30,8	30,8	69,2
	Ansiedad	23	11,4	11,4	80,6
	Bipolar	24	11,9	11,9	92,5
	Esquizofrenia	10	5,0	5,0	97,5
	Autismo	2	1,0	1,0	98,5
	Discap. Intelectual	3	1,5	1,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 13. Enfermedades mentales presentes en los familiares



Fuente: elaboración propia

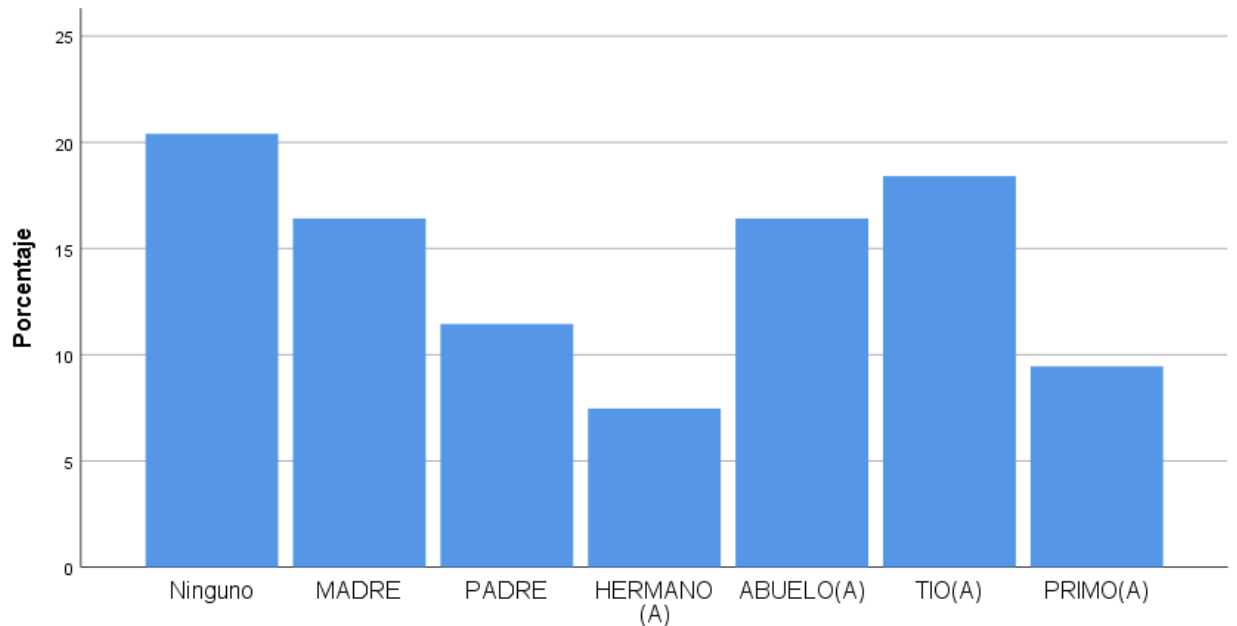
Como se puede Observar en el gráfico la enfermedad de salud mental que mayor valor representativo se reflejó es la depresión con un 30,8% representando un valor cuantitativo equivalente a 62 familiares. Esto indica que la depresión es la enfermedad de salud mental predominante en los familiares

Tabla 16. Parentesco de los familiares con enfermedades mentales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	41	20,4	20,4	20,4
	MADRE	33	16,4	16,4	36,8
	PADRE	23	11,4	11,4	48,3
	HERMANO(A)	15	7,5	7,5	55,7
	ABUELO(A)	33	16,4	16,4	72,1
	TIO(A)	37	18,4	18,4	90,5
	PRIMO(A)	19	9,5	9,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 14. Parentesco de los familiares con enfermedades mentales



Fuente: elaboración propia

Como se puede Observar en el gráfico de parentesco de los familiares con enfermedades mentales, pese a que el mayor valor representativo se reflejó los tío(a)s con un 18,4% representando un valor cuantitativo equivalente a 37 personas. Resulta conveniente mencionar que entre padre y madre suman un porcentaje de 27,8%, con una cantidad de 56 sujetos distribuidos en 16,4% madres y 11,4% Padres.

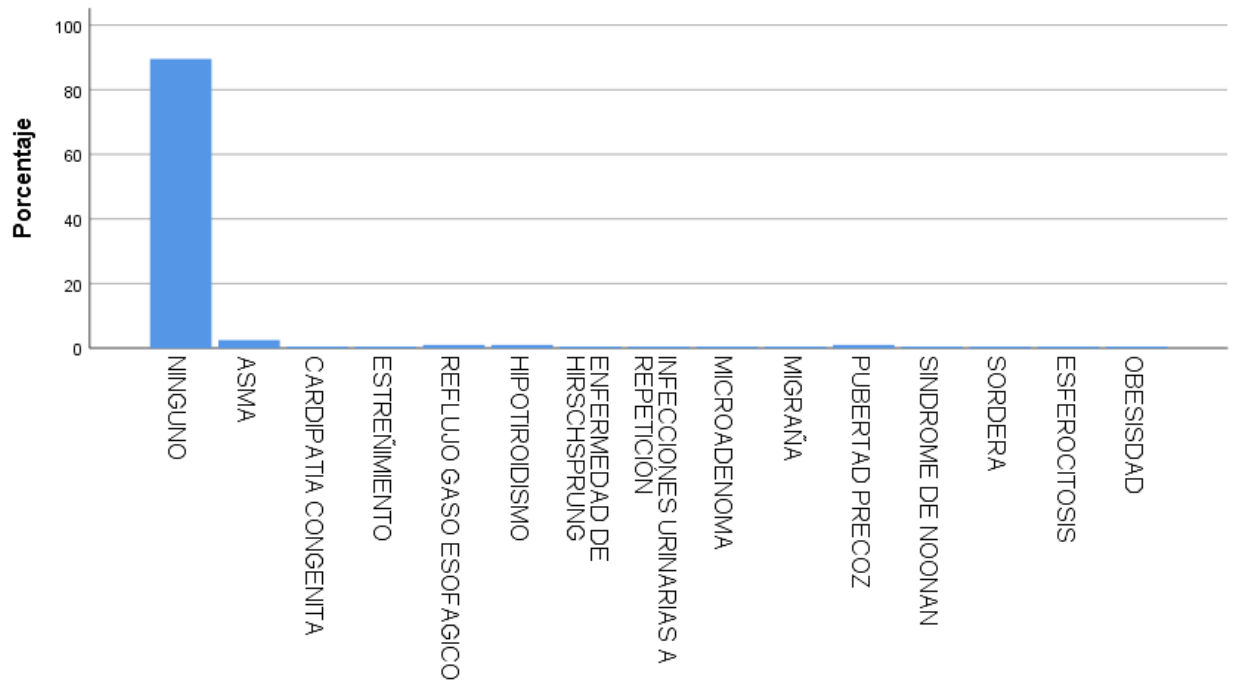
Tabla 17. Enfermedades presentes en los menores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNO	180	89,6	89,6	89,6
	ASMA	5	2,5	2,5	92,0
	CARDIOPATIA CONGENITA	1	,5	,5	92,5
	ESTREÑIMIENTO	1	,5	,5	93,0
	REFLUJO GASO ESOFAGICO	2	1,0	1,0	94,0
	HIPOTIROIDISMO	2	1,0	1,0	95,0

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG	1	,5	,5	95,5
INFECCIONES URINARIAS A REPETICIÓN	1	,5	,5	96,0
MICROADENOMA	1	,5	,5	96,5
MIGRAÑA	1	,5	,5	97,0
PUBERTAD PRECÓZ	2	1,0	1,0	98,0
SINDROME DE NOONAN	1	,5	,5	98,5
SORDERA	1	,5	,5	99,0
ESFEROCITOSIS	1	,5	,5	99,5
OBESIDAD	1	,5	,5	100,0
Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 15. Enfermedades presentes en los menores



Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico sobre que enfermedades (no mentales) están presentes en los menores, se puede observar, que a pesar de que si existen

casos de menores con enfermedades, los porcentajes no son muy significativos o altos como para generar una matriz de impacto respecto a este análisis

8.2. Resultados del Instrumento PHQ-9

A continuación, se presenta un análisis entre las variables socio demográfico frente a la prevalencia de depresión en los adultos encuestados. Los procedimientos estadísticos se realizaron mediante el software estadístico SPSS, V.25, mediante la regresión logística binaria (Odds ratio- OR), su factor de riesgo para los casos y controles de cuidadores con depresión (casos) y sin depresión (controles). Es importante mencionar que la variable edad ha sido categorizada.

Tabla 18. Efecto Multivariado sobre la variable depresión

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Riesgo OR
Paso 1 ^a	EDAD_1	,084	,332	,064	1	,800	1,088
	SEXO Femenino	0,87	,668	2,858	1	,001	3,09
	COVID-19	-,121	,357	,115	1	,735	,886
	ESTUDIA EL NIÑO	,097	,556	,031	1	,861	1,102
	ANTECEDENTES	,406	,565	,517	1	,472	1,501
	Constante	-,480	,706	,462	1	,497	,619

a. Variables especificadas en el paso 1: EDAD_1, SEXO, COVID-19, ESTUDIA EL NIÑO, ANTECEDENTES.

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior, se observar en la columna de Riesgo OR, que la variable con mayor incidencia sobre la depresión en adultos, resultó ser el sexo femenino con una valor de 3,09. Esto quiere decir las mujeres tienen tres veces más riesgo a padecer de depresión que los hombres. Estos resultados son coincidentes con los estudios divulgados por la OMS. (43). Sin desconocer el hecho que la depresión también está presente en los hombres, existen factores como la falta la sobrecarga laboral, la discriminación, la inequidad económica, la violencia familiar (ya sea física o psicológica), aunado a los múltiples roles que las mujeres deben desempeñar, influyen en la aparición de trastornos como la depresión.

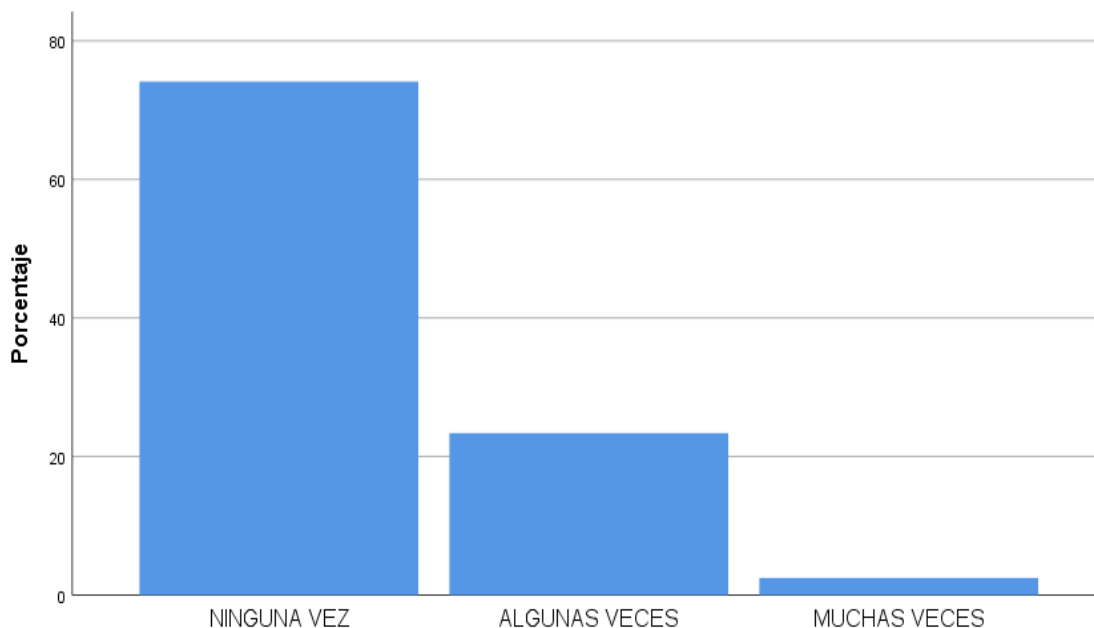
8.3. Resultados del Instrumento CBCL-4-18

Tabla 19. Menores que hablan de suicidio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNA VEZ	149	74,1	74,1	74,1
	ALGUNAS VECES	47	23,4	23,4	97,5
	MUCHAS VECES	5	2,5	2,5	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 16. Menores que hablan de suicidio



Fuente: elaboración propia

Como se puede Observar en el gráfico sobre menores que hablan de suicidio, mayor valor representativo considerando las categorías “ninguna vez” y “algunas veces” se obtuvo con un 97,5 % representando un valor cuantitativo equivalente a 196 personas. No obstante, el análisis se centra en la relevancia que representa el 2,5% de menores (5 personas), que han hablado de suicidio. Esto es importante a

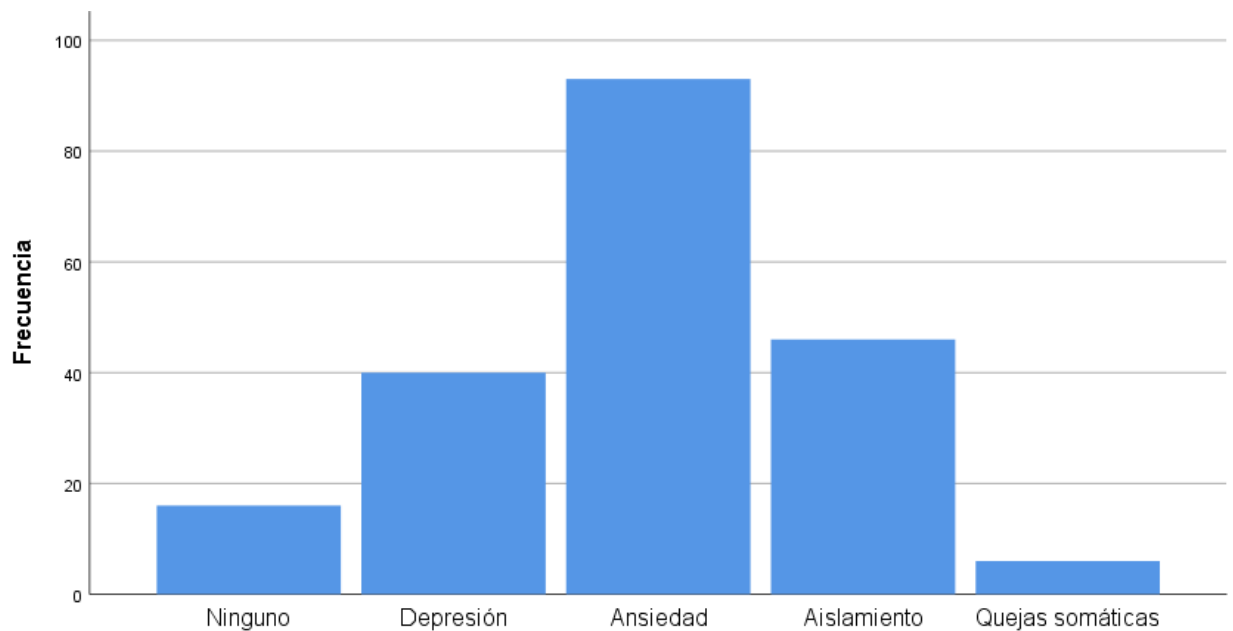
tener en cuenta dado la gravedad que representa. Siendo motivo suficiente para generar alertas y tomar medidas preventivas para tal hallazgo.

Tabla 20. Síntomas internalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	16	8,0	8,0	8,0
	Depresión	40	19,9	19,9	27,9
	Ansiedad	93	46,3	46,3	74,1
	Aislamiento	46	22,9	22,9	97,0
	Quejas somáticas	6	3,0	3,0	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 17. Síntomas internalizantes con mayor incidencia en la depresión de cuidadores



Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en el gráfico anterior, los síntomas más de los menores, con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores, en orden descendente se

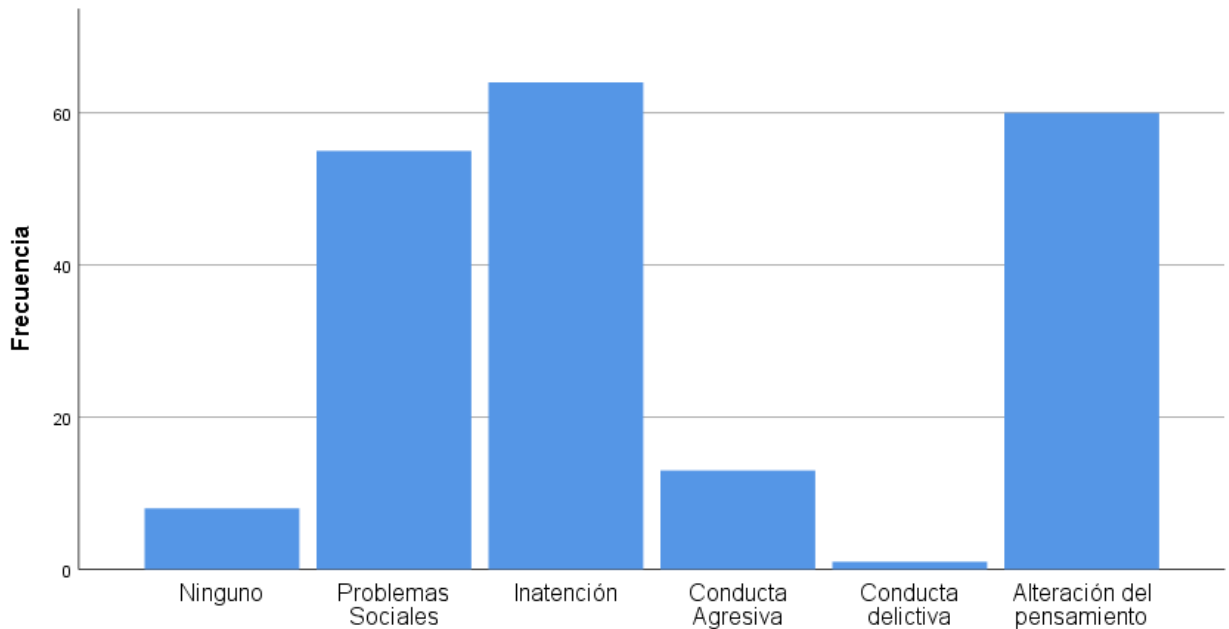
encuentra la ansiedad con un 46,3% representando un valor cuantitativo equivalente a 93 menores, seguido del aislamiento con un 22,9 % representando a 46 menores, la depresión con un 19,9%, representando a 40 menores, seguidos de quejas somáticas con un 3% que representa a 6 personas. Estos resultados indican que si bien todos los síntomas internalizantes son manifestados por los menores, por lo que de alguna manera influyen sobre los estados depresivos de los cuidadores. El síntoma internalizante que mayor incidencia tiene sobre la depresión de los cuidadores es la ansiedad. Estos resultados concuerdan planteamientos de la OMS, respecto a los efectos que la ansiedad de los menores ejerce en sus cuidadores(2). Cabe destacar que los niños con enfermedades de de salud mental. Dada sus condiciones, demandan mayor cuidado por parte de sus cuidadores lo que gradualmente repercute en la salud de estos últimos. Una de estas repercusiones, es la depresión.

Tabla 21. Síntomas externalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	8	4,0	4,0	4,0
	Problemas Sociales	55	27,4	27,4	31,3
	Inatención	64	31,8	31,8	63,2
	Conducta Agresiva	13	6,5	6,5	69,7
	Conducta delictiva	1	,5	,5	70,1
	Alteración del pensamiento	60	29,9	29,9	100,0
	Total	201	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Gráfico 18. Síntomas externalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores



Fuente: elaboración propia

Como se puede Observar en el gráfico anterior, los síntomas externalizantes de con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores fueron la “Inatención” con un 31,8% representando un valor cuantitativo equivalente a 64 menores, seguido de “alteración de pensamiento” con un 29,9%, representando a 60 menores, y “problemas sociales” con un 27,4% en 55 menores. Estos resultados son considerados concordantes con el momento en que se realizó el estudio. Pues, el COVID-19,(34) y las medidas de protección recomendadas por la OMS, dieron lugar al reforzamiento de dichos síntomas externalizantes y como consecuencia de ello los cuidadores recibieron ese efecto que impactó en sus estados depresivos.

8.3.1 Análisis del riesgo a manifestación de síntomas Internalizantes y externalizantes en menores

A continuación, se presenta un análisis entre los síntomas afectivos comportamentales por agrupación de los internalizantes, y externalizantes en los niños y jóvenes objeto de este estudio. Los procedimientos estadísticos se realizaron mediante el software estadístico SPSS, V.25, mediante la regresión logística binaria (Odds ration- OR),

Tabla 22. Media de la Internalización y externalización

	Media	Desv. Desviación	N
SINTOMAS INTERNALIZANTES	1,93	,930	201
SINTOMAS EXTERNALIZANTES	2,62	1,684	201

Fuente: elaboración propia

En la tabla #22, se puede apreciar en referencia a los resultados reflejados para comparar las medias de los síntomas internalizantes y externalizantes. De los mismos se puede deducir que los menores objeto del presente estudio, son más tendientes a manifestar síntomas externalizantes con una media de 2,62 contra una media de 1,93 de síntomas internalizantes. Otra interpretación válida sería que de cada 5 menores 3 manifestaron síntomas externalizantes y los otros 2 manifestaron síntomas internalizantes. Esto quiere decir, que los síntomas externalizantes estuvieron con mayor presencia en una relación porcentual de 60%. Estos resultados, concuerdan con los momentos de se vivieron durante la pandemia del COVID-19. (34). Pues las condiciones de encierro no sólo incrementaron los síntomas externalizantes (Inatención, conducta delictiva, conducta agresiva, entre otros), como una respuesta de los menores a esas condiciones, sino que además incidieron sobre el grado de depresión de los cuidadores

8.4 Prevalencia de depresión en cuidadores de los niños y adolescentes de caldas

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo específico N° 2, del presente estudio, se procede a calcular la prevalencia de depresión en cuidadores de los niños y adolescentes de Caldas. No obstante, se debe recordar que la prevalencia desde un punto de vista conceptual, es utilizada para referirse a la proporción de individuos de una población que presentan una característica o enfermedad en un momento determinado.(44).

En la siguiente tabla se muestran los datos asociados a la prevalencia de la depresión en cuidadores

Tabla 23. Prevalencia de depresión en cuidadores

Variable	N	%
Grado de depresión (PHQ-9)		
Mínimo o ausente	121	60,2
Leve	46	22,8
Moderada	22	10,9
Moderadamente severa	7	3,5
Grave	5	2,5
Probable depresión mayor (PHQ-9: ≥10 puntos)	34	16,9
Total	201	
PHQ-9: <u>Patient Health Questionnaire</u>		

$$RR: 0,397 / 0,602 = 0,659$$

Fuente: elaboración propia

Como se puede observar en la tabla anterior, el 39,7% de los cuidadores tienen síntomas depresivos (N=80) y el 16,9% tienen un probable episodio depresivo mayor (N=34). Además, la prevalencia se corresponde con la frecuencia de individuos que padecen de depresión, la misma es de 0,397 y su riesgo relativo (RR), será:

RR = 0,397 / 0,602 = 0,659. Lo que indica que los individuos que no padecen de depresión tienen un riesgo relativo de 0,659 de padecerlo.

Entendiendo la prevalencia como la carga que tiene una enfermedad sobre una determinada población, en un periodo de tiempo dado. Los resultados anteriores nos indican que la prevalencia de depresión en los cuidadores usuarios del servicio de salud mental de la clínica San Juan de Dios en Manizales, fue de 0,4129. Otra interpretación sería que 4 de cada diez cuidadores manifestaron

síntomas depresivos. Esto no quiere decir que ya estén diagnosticados medicamente.

Otro dato importante se refiere al riesgo relativo de padecer depresión por parte de los cuidadores, observamos que el valor 0,7032 indica que 7 de cada 10 cuidadores tienen riesgo de padecer depresión.

Los resultados parecieran ser altos, hasta que se analiza a profundidad, las exposiciones habituales que tiene cada cuidador respecto al cuidado de unos menores con enfermedad de salud mental, quien demanda una atención de mucho esfuerzo y amor por parte de su cuidador.

8.5 Prevalencia de síntomas de internalización y externalización de los niños y adolescentes

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo específico N° 3 del presente estudio, se procede a calcular la prevalencia de los síntomas de Internalización y Externalización mediante una estadística de frecuencias, donde se determina por separado la prevalencia en cada grupo de síntomas. Sin embargo, la investigadora del presente estudio considera recomendable recordar la conceptualización de síntomas de Internalización al mencionar que Los niños con síntomas de internalización pueden presentar dificultades de concentración, las cuales redundarán en bajo rendimiento académico lo que conlleva a baja de autoestima tanto a nivel social como escolar, reforzando su auto concepto negativo (22)

Tabla 24. Prevalencia entre síntomas internalizantes y externalizantes de los niños y adolescentes

Total Sujetos	Síntomas Internalizantes	%	Prevalencia	Síntomas Externalizantes	%	Prevalencia
201	89	44,28	0,44	112,00	55,72	0,56

Fuente: elaboración propia

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la prevalencia para los síntomas Internalizantes es de 0,44, mientras que la prevalencia para los síntomas externalizantes es de 0,56. Esto indica que los niños y jóvenes objeto de este estudio, mostraron mayor incidencia en los síntomas externalizantes, no obstante, la prevalencia de los internalizantes también es significativa por su valor ligeramente cercano al de los síntomas externalizantes.

Estos resultados nos indican que durante el periodo del COVID-19, los menores manifestaron ambos síntomas, internalizantes y externalizantes. Sin embargo predominaron los externalizantes. Lo cual, se asocia a las condiciones de no poder salir de la casa, siendo estas recomendaciones de la OMS, y entes de salud regional y local como medida preventiva para evitar los contagios.

8.6 Correlación de depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales de los niños y adolescentes de la muestra

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo específico N° 4 del presente estudio, se procede a calcular la asociación o correlación entre las variables de la investigación. Es decir, entre la prevalencia de depresión en Cuidadores y los Síntomas Afectivos Comportamentales. Para realizar este análisis se procedió a utilizar la prueba de Rho Spearman, bajo los siguientes criterios del investigador: Es una prueba No paramétrica (38), los datos son pares de datos ordenados, lo que implica que cada individuo de esta investigación tiene una ponderación para la variable prevalencia de Depresión y otra para la variable Síntomas afectivo comportamentales, y el motivo del uso de esta prueba y no otra, se basa en que desde el punto de vista de muestreo, la población es censal. Es decir, la muestra es igual a la población(40).

Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 25. Correlación entre prevalencia de la depresión en cuidadores y síntomas afectivo-comportamentales

		PREVALENCIA A DE DEPRESIÓN	SINTOMAS AFECTIVOS COMPORTAM ENTALES
Rho de Spearman	PREVALENCIA DE	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,871**
		N	,000
		201	201
	SINTOMAS AFECTIVOS	Coeficiente de correlación	,871**
	COMPORTAMENTALES	Sig. (bilateral)	1,000
		N	,000
		201	201

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

Con el fin entender el los datos estadísticos mostrados en la tabla # 25, se presenta el baremo de correlaciones y su grado de significancia para Rho Spearman.

Tabla 26. Baremo de Rho Spearman

Rango		Grado de Correlación
	0	Nula
0	0,19	Muy baja
0,2	0,39	Baja
0,4	0,59	Moderada
0,6	0,79	Alta
0,8	0,99	Muy Alta
	1	Perfecta

Fuente: Adaptado de Hernández, Fernández, y Batista (2010)

Además, se debe considerar que: la correlación es más fuerte en la medida que se acerca a 1, y si es positiva es directamente proporcional entre las dos variables.

En un sentido explicativo, se observa en la tabla N° 25, que la correlación entre las Variables Prevalencia de depresión y Síntomas afectivos Comportamentales, existe debido a que el P valor (Sig. Bilateral), es igual a cero, por tanto, se rechaza la hipótesis nula que decía que no existía relación entre las variables mencionadas y se acepta la hipótesis de esta investigación, la cual establece que si hay relación entre dichas variables.

El valor 0,871**, indicado en la tabla #25, es interpretativo de que la relación según el baremo de la tabla #26, es "muy alta". Y su signo positivo indica que son directamente proporcionales entre sí. Es decir, a medida que aumentan los síntomas afectivo comportamentales de los niños y Jóvenes, también lo hará la prevalencia de la depresión de sus cuidadores.

En resumen, las variables síntomas afectivo comportamentales de los niños y Jóvenes (Internalizantes, y externalizantes), Tienen una relación fuerte con la prevalencia de la depresión de sus cuidadores. Además los síntomas internalizantes que mayor incidencia tuvieron en la depresión de los cuidadores fueron: la ansiedad (46,3%), Aislamiento (22,9%), depresión de menores (19,9%). (ver tabla # 20).

Los síntomas externalizantes con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores fueron: Inatención (31,8%), Alteración del pensamiento (29,9%), problemas sociales (27,4), Conducta agresiva (6,5%). (ver tabla # 21).

9. Discusión

Los hallazgos de esta investigación podrán soportar a otras investigaciones relacionadas en sus variables. En el transcurso de la investigación se plantearon varios procedimientos metodológicos y procedimentales que fueron soportados por las teorías. Así pues, cuando se empleó el análisis de las variables sociodemográficas se pudo observar que la tendencia a la prevalencia de depresión apuntó hacia las mujeres, este hecho concuerda con los estudios que registran que nivel mundial (46), son las mujeres con mayor riesgo para padecer de depresión. También es importante agregar que si bien está comprobado que son las mujeres las que tienen mayor riesgo de padecer la depresión, un factor adicional lo representa el hecho de ser madres (46), puesto que desempeñan funciones adicionales desde su hogar. Otro dato importante desde el punto de vista socio demográfico lo representa la edad, pues estudios de la organización mundial de salud estable que de los más de 350 millones de personas diagnosticados con discapacidad, el grupo etario con mayor repercusión se encuentra entre los 15 a 29 años (32).

No se puede desconocer que la depresión es una enfermedad que desencadena en otras de mayor gravedad, ya hasta tiene consecuencias fatales debido a que los casos graves las personas tienden a pensar en suicidio y en el peor de los casos lo ejecutan, por eso los profesionales de la salud han de estar atentos para poder detener sus efectos. (8). Desde una perspectiva similar el dato sociodemográfico edad, dentro del presente estudio la edad con mayor incidencia le correspondió al rango adulto joven con el 64,2% representando un valor cuantitativo equivalente a 129 sujetos. Esto indica que para nuestro caso de estudio el grupo etario con mayor frecuencia son Adultos Jóvenes entre 30 a 44 años.

Otro dato importante lo representa la relación parental de los cuidadores con los niños o jóvenes que padecen de alguna enfermedad de salud mental, pues en nuestro estudio el resultado se inclinó la mayor tendencia hacia las madres con el 83,6%, representando un valor cuantitativo equivalente a 168 madres, seguido de un 6,5% para la categoría Abuelos. Esto indica que son las madres las que mayormente se ocupan de la atención como cuidadoras de sus hijos con enfermedad de salud mental. Es conocido que la atención y el cuidado mantener y adquirir medicamentos para personas que padecen de salud mental son factores de un elevado costo, por eso desde esta investigación se consideró pertinente evaluar dentro de las variables sociodemográficas al estrato social asociado a los cuidadores y por ende a los niños y jóvenes que estos tienen bajo su responsabilidad, obteniendo como resultados que el 36,8% equivalente a 74 sujetos, pertenecen al estrato medio-bajo, seguido de un 31,3%, ocupando un valor cuantitativo 63 sujetos para la categoría bajo.

Esto indica los cuidadores en su mayoría pertenecen a los estratos sociales bajo y medio bajo, estando casi todos por debajo del estrato 3. Al observar que la mayoría de los cuidadores son personas de escasos recursos, nos lleva al análisis de las dificultades que presentan para sostener sus finanzas al mismo tiempo que deben cubrir los gastos de la enfermedad de su niño o joven, aunado a las responsabilidades propias del hogar, lo que desencadena una serie de situaciones como aumento del estrés por reducción en la serotonina y en consecuencia (47), produce altos niveles de ansiedad, y también depresión. No es menos cierto que las políticas de salud del país establecen programas de ayuda para este tipos de casos y que desde el ministerio de salud se realiza un monitoreo sigiloso para minimizar los efectos que en distintas perspectivas ocasionan el padecimiento de la Depresión.(9).

Otro dato relevante lo plantea el menos el 21,4% de los cuidadores que fueron diagnosticados con COVID-19, durante el periodo de la pandemia, para todo el ciudadano que haya vivido ese periodo, quedará marcado como uno de los momentos históricos por los que el mundo entero registro tensiones mentales desde cada ciudadano.(34). Fueron muchos los casos de fallecidos, y contagios que se registraron en cada país por lo que las personas que previo a esos momentos ya tenían una responsabilidad de cuidadores de algún ser con enfermedad mental, debieron replantearse las fuerzas para poder afrontar con valentía la nueva responsabilidad involuntaria de vivir bajo la zozobra de contagiarse y de estar bajo las medidas de bioseguridad y peor aún si le diagnosticaban el COVID-19, añadir la preocupación de quien se haría cargo de él y de a quien el cuidaba durante el periodo de aislamiento. Desde luego que demás está decir que toda esta situación se reflejó en mayor riesgo de padecer estrés no sólo por parte de los cuidadores objeto del presente estudio sino de millones de personas a nivel mundial, lo que aceleró exponencialmente las tendencias a contraer depresión. (33).

Un dato importante lo representa el hecho que la actividad laboral de los cuidadores, que muestra mayor tendencia es “las amas de casa” con un 30,3% representando un valor cuantitativo equivalente a 61 mujeres. Esto indica que la mayor parte de los cuidadores se desempeñan como amas de casa. También se pudo conocer que un 63,7% de los cuidadores se tenían empleo para el momento de la investigación. Se obtuvo que los familiares con enfermedades de salud mental una mayoría padecía de depresión, con un 30,8% representando un valor cuantitativo equivalente a 62 familiares. Esto indica que la depresión es la enfermedad de salud mental predominante en los familiares. En un sentido complementario se obtuvo que los familiares con enfermedades mentales, con mayor valor representativo se dio en los tíos(a)s con un 18,4% representando un valor cuantitativo equivalente a 37 personas. No obstante, resulta conveniente mencionar que entre padre y madre suman un porcentaje de 27,8%, con una cantidad de 56 sujetos distribuidos en 16,4% madres y 11,4% Padres.

Un dato curioso, dentro de esta investigación, lo ha sido el hecho de cómo el 56,7% de los niños con enfermedad de salud mental tienen antecedente familiar, lo que indica que el grado hereditario está presente. Pues, este hecho es validado por estudios anteriores, ya que ha existido una condición hereditaria para algunas enfermedades mentales, quedando la relación de quienes han sido diagnosticados con alguna enfermedad de salud mental y aquellos descendientes, ya sean de primer, segundo o tercer grado de consanguinidad.

Se pudo observar que el 31,3% (63 niños – jóvenes) presentan al menos una patología no psiquiátrica. Esto representa mayor atención por parte de sus cuidadores e impacta también en su economía y por ende en mayores preocupaciones, conllevando a la prevalencia de depresión. Por otra parte, se encontró que el 92,5% (186 niños) para el momento del estudio, se encontraron activos escolarmente. Este dato es importante si consideramos que, durante la pandemia, la educación se hizo al 100% virtual, acarreando mayor atención y preparación de parte de los cuidadores. Respecto a que enfermedades (no mentales) están presentes en los menores, se obtuvo que a pesar de que, si existen casos de menores con enfermedades, los porcentajes no son muy significativos o altos como para generar una matriz de impacto respecto a este análisis

Al momento de analizar los resultados arrojados por la aplicación del cuestionario de Salud en Pacientes adultos PHQ-9 por medio de la regresión lineal bivariada, se pudo observar que en la columna de Riesgo OR, las variables que mayor inciden sobre la depresión en adultos, fueron el sexo femenino que resulta de dividir 1 entre 0,323 = 3,09. Indicando que las mujeres tienen tres veces más riesgo a padecer de depresión que los hombres. De igual manera, la variable estudia el niño, indica un riesgo de 1,102 veces de que la persona (cuidador) padezca depresión. Asimismo, lo determina el hecho de que un cuidador tenga antecedentes familiares, dado que se observa un riesgo de 1,5 veces de padecer de depresión.

Respecto al análisis sobre menores que hablan de suicidio, mayor valor representativo se reflejó en la opción de respuesta ninguna vez con un 74,1% representando un valor cuantitativo equivalente a 149 personas. No obstante, el análisis se centra en la relevancia que representa el 2,5% de menores que han hablado de suicidio. Esto es importante a tener en cuenta dado la gravedad que representa. Al momento de analizar los resultados arrojados por la aplicación del Instrumento Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18) se obtuvo que, para los trastornos de Internalización, los niños con enfermedad de salud mental tienen el 1,050 (uno punto cero cincuenta) la probabilidad de riesgo a padecer trastornos Internalizantes (depresión, ansiedad, retraimiento social y problemas físicos o somáticos.) Con respecto a la externalización, se puede observar un riesgo de 1,038 (uno punto cero treinta y ocho) la probabilidad de riesgo a padecer

trastornos externalizantes (rompimiento de reglas, Conductas Agresivas, Berrinches).

Se dio cumplimiento al objetivo específico N° 2, del presente estudio, donde se determinó la prevalencia de depresión en cuidadores de los niños y adolescentes de Caldas. Habiendo señalado que la prevalencia desde un punto de vista conceptual, es utilizada para referirse a la proporción de individuos de una población que presentan una característica o enfermedad en un momento determinado. Se encontró que la prevalencia de depresión en cuidadores a objeto del presente estudio fue de 0,397 es y que RR, riesgo relativo para la población de Control (los individuos que no padecen de depresión) fue de 0,659.de padecerlo.

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo específico N° 3 del presente estudio, se determinó la prevalencia de los síntomas de Internalización y Externalización mediante una estadística de frecuencias, donde se determina por separado la prevalencia en cada grupo de síntomas. Sin embargo, el investigador del presente estudio considera recomendable recordar la conceptualización de síntomas de Internalización al mencionar que los niños con síntomas de internalización pueden presentar dificultades de concentración, las cuales redundarán en bajo rendimiento académico lo que conlleva a baja de autoestima tanto a nivel social como escolar, reforzando su auto concepto negativo

Se encontró que el síntoma internalizante de los menores, con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores es la Inatención con un 42,3% representando un valor cuantitativo equivalente a 85 sujetos. No obstante, el análisis se centra en la relevancia que tiene este valor si consideramos que la intención es uno de las tres de los tres tipos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH),(43), siendo los otros dos: presentación de predominio hiperactivo, y presentación combinada. Siendo importante mencionar que los niños con TDAH en predominancia de atención, muestran un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad que está presente en múltiples entornos. El TDAH es una condición crónica. La mayoría de los niños afectados continuarán mostrando síntomas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Otro hallazgo resulto ser, que el síntoma externalizante de los menores, con mayor incidencia en la depresión de los cuidadores son las rabiets con un 60,7% representando un valor cuantitativo equivalente a 122 sujetos, seguido de conducta agresiva con un 19,9%, 40 niños, y conducta delictiva 14,4%, siendo 29 niños. No obstante, resulta importante mencionar sabiendo que la rabieta es el momento en que el niño pierde control de sus emociones y no atiende razón conviene señalar que existen varios tipos de rabiets(44) en los niños: para llamar la atención, para lograr algo, para evitar algo, por cansancio, y por frustración. Encontrando que la prevalencia para los síntomas Internalizantes es de 0,48, mientras que la prevalencia para los síntomas externalizantes es de 0,52. Esto indica que los niños y jóvenes objeto de este estudio, mostraron mayor incidencia en los síntomas externalizantes, no obstante, la prevalencia de los internalizantes

también es significativa por su valor ligeramente cercano al de los síntomas externalizantes.

Con el propósito de dar cumplimiento al objetivo específico N° 4 del presente estudio, determinó la correlación entre las variables de la investigación. Es decir, entre la prevalencia de depresión en Cuidadores y los Síntomas Afectivos Comportamentales. Para realizar este análisis se procedió a utilizar la prueba de Rho Spearman, bajo los siguientes criterios del investigador: Es una prueba No paramétrica, los datos son pares de datos ordenados, lo que implica que cada individuo de esta investigación tiene que tener una ponderación para la variable prevalencia de Depresión y otra para la variable Síntomas afectivo comportamentales, y la razón del uso de esta prueba se basa en que desde el punto de vista de muestreo, la población es censal. Es decir, la muestra es igual a la población (40).

En un sentido explicativo, se observa en la tabla N° 25, que la correlación entre las Variables Prevalencia de depresión y Síntomas afectivos Comportamentales, existe debido a que el P valor (Sig. Bilateral), es igual a cero, por tanto, se rechaza la hipótesis nula que decía que no existía relación entre las variables mencionadas y se acepta la hipótesis de esta investigación, la cual establece que si hay relación entre dichas variables. Finalmente se obtuvo un valor de correlación de 0,871, indicado en la tabla #25, es interpretativo de que la relación según el baremo de la tabla #26, es alta y significativa. Además, su signo positivo indica que son directamente proporcionales entre sí. Es decir, a medida que aumentan los síntomas afectivo comportamentales de los niños y Jóvenes, también lo hará la prevalencia de la depresión de sus cuidadores.

10. Conclusión

El análisis conclusivo de este estudio se fundamenta en la obtención de los resultados frente a los objetivos planteados. En tal sentido, es posible sostener que las variables sociodemográficas tienen una alta incidencia en la prevalencia de depresión en los cuidadores, puesto que se observaron resultados interesantes en cuanto al sexo, la edad, y el estrato social de los mismos. Vale decir que estos resultados sólo soportan las investigaciones y teorías sobre las que se fundamenta el presente estudio (5). Se pudo determinar la prevalencia de depresión en un número significativo de cuidadores y se estableció la asociación con varias causales, entre las que están los momentos de tensión ocasionados por el COVID-19, durante la pandemia.

Se determinaron otros factores asociados a la prevalencia de depresión en cuidadores los cuales pueden ser sujetos de otras investigaciones que tengan relación con el presente objeto de estudios. Entre los posibles factores se encuentran las causas que determinan la prevalencia de depresión en cuidadores, asociadas a temas financieros, y escasez de recursos económicos, responsabilidades de hogar, carga familiar, y otras limitaciones no consideradas ampliamente en el presente estudio.

Se comprobó la hipótesis planteada, respecto a que si existe relación entre la variable prevalencia de depresión en cuidadores y síntomas afectivos comportamentales de los niños y jóvenes que son usuarios del servicio de salud de la Clínica San Juan de Dios en Manizales, departamento de Caldas. Lo anterior infiere la posibilidad de extrapolar la información a otros centros de salud, siempre al cuidado de las condiciones y similitudes de la muestra en función de poder realizar análisis comparativos sin descuido del entendimiento de los procesos investigativos en el campo de la salud. En otras palabras, no siempre los casos serán inferenciales.

Finalmente, se concluye que existe una correlación alta entre las variables objetos de estudio, por lo que se comprende su significancia y la relación de proporcionalidad entre ellas al obtener un coeficiente de correlación positivo. Esto significa, que a medida que aumenta la prevalencia de depresión en cuidadores, en esa misma proporción aumentarán los síntomas afectivos comportamentales en los niños y jóvenes que ellos cuidan. Se deja entendido que esta investigación puede servir a otras personas para el desarrollo de futuros estudios siempre que conserven el sentido ético de las investigaciones argumentativas dentro del campo de la salud.

Lo anterior refleja la importancia de implementar modelos de atención integral con enfoque comunitario, que busquen mejorar la salud mental del niño y su familia. Adicionalmente, estos hallazgos implican que las intervenciones parentales pueden producir reducciones significativas en el comportamiento de externalización e internalización de los niños, por lo cual se hace necesario aplicar un enfoque basado en la detección temprana de síntomas depresivos en padres de niños con síntomas afectivos y/o manifestaciones conductuales, con el fin de lograr un tratamiento integral que involucre la regulación de la empatía y la emoción en el cuidador como mecanismo de apego seguro en el niño. No obstante, se requieren estudios adicionales de carácter prospectivo, longitudinal, que permitan demostrar el impacto de intervenciones bifocales evaluando la respuesta al control y mejoría de los síntomas depresivos de los padres y el comportamiento del riesgo en los niños.

Referencias bibliográficas

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
2. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
3. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/en>
4. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* julio de 2018;48(9):1560-71.
5. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS | Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2012 [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
6. Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo – APS – Punto de Apoyo | Programa Intervenciones en Salud Mental PUHJ-HUSI [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>
7. estudio transeccional - Buscar con Google [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=estudio+transeccional&rlz=1C1VDKB_esCO1007CO1007&oq=estudio+transeccional&aqs=chrome..69i57.5582j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
8. Depresión: hablemos [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Depresi%C3%B3n-hablemos.aspx>

9. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 1 de diciembre de 2016;45:2-8.
10. Informe especial: salud mental en Colombia, al borde del abismo | Gestarsalud [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://gestarsalud.com/2021/09/10/informe-especial-salud-mental-en-colombia-al-borde-del-abismo/>
11. Heron J, Barker ED, Joinson C, Lewis G, Hickman M, Munafò M, et al. Childhood conduct disorder trajectories, prior risk factors and cannabis use at age 16: birth cohort study. *Addict Abingdon Engl.* diciembre de 2013;108(12):2129-38.
12. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM Mon J Assoc Physicians.* 1 de mayo de 2020;113(5):311-2.
13. Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, et al. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 de febrero de 2021;281:91-8.
14. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: implications for prevention. *Am Psychol.* junio de 2012;67(4):272-84.
15. Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paíno M, Aritio-Solana R. Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment - J Psychiatry Ment Health.* 1 de julio de 2014;7(3):121-30.
16. Los niños y la salud mental ¿Es solo una etapa? [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-ninos-y-la-salud-mental>
17. Charrois J, Côté SM, Japel C, Séguin JR, Paquin S, Tremblay RE, et al. Child-care quality moderates the association between maternal depression and children's behavioural outcome. *J Child Psychol Psychiatry.* noviembre de 2017;58(11):1210-8.
18. Trastornos depresivos - Trastornos psiquiátricos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>

19. Cortés AM, Fernández OM, Capella CM, Espinosa HD, Krause M. ¿Qué Es lo que Cambia en la Psicoterapia? La Perspectiva de Pacientes Adolescentes con Síntomas Depresivos, sus Terapeutas y Observadores Externos. [What changes in psychotherapy? The perspective of adolescents with depressive symptoms, their therapists, and external observers.]. *Psykhé Rev Esc Psicol.* 2018;27(2):1-15.
20. San Molina L, Arranz Martí B. comprender la Depresión. Amat. S.L, Barcelona; 2010. 84 p.
21. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* diciembre de 2020;110:104699.
22. Alarcón Parco D, Bárrig Jó PS. Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit.* julio de 2015;21(2):253-9.
23. Sadock BenjamínJ, Sadock VirginiaJ. kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de psiquiatría Clínica. 5ta ed. Lippincott Williams & Wilkins;
24. Vallejo Ruiloba J. introducción a la psicopatología y a la Psiquiatría. 7ma ed. Elsevier España, S.L.; 1649 p.
25. American Psychiatric Association. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. 5ta ed. médica, Panamerica;
26. Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* abril de 1999;174:312-21.
27. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* octubre de 2001;179:308-16.
28. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Lond Engl.* 9 de noviembre de 2013;382(9904):1575-86.
29. Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry.* septiembre de 2003;60(9):929-37.

30. Yahav R. The relationship between children's and adolescents' perceptions of parenting style and internal and external symptoms. *Child Care Health Dev.* julio de 2007;33(4):460-71.
31. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry.* noviembre de 2001;158(11):1878-83.
32. Intervención del Director General de la OMS en la conferencia de prensa sobre el 2019-nCoV del 11 de febrero de 2020 [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
33. Pruebas COVID-19 y pacientes en centros de salud mental [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/corona-virus-covid-19/pruebas-covid-19-y-pacientes-en-centros-de-salud-mental/>
34. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. COVID-19 y salud mental. *Medicine (Baltimore).* diciembre de 2020;13(23):1285-96.
35. ▷ Trastornos Afectivos o del Estado de Ánimo | Clínica López Ibor [Internet]. López Ibor. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.lopezibor.com/pacientes/trastornos-afectivos/>
36. Humbert D. ¿Qué es un trastorno afectivo? [Internet]. Dra. Humbert - Psiquiatría. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.drahumbert-psiquiatria.es/que-es-un-trastorno-afectivo/>
37. Estudios observacionales (I). Estudios transversales. Medidas de frecuencia. Técnicas de muestreo [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo/6396/estudios-observacionales-i-estudios-transversales-medidas-de-frecuencia-tecnicas-de-muestreo>
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Batista Lucio M del P. *Metodología de la investigación.* sexta. Mc Graw Hill; 634 p.
39. niveles de investigación según sampieri - Buscar con Google [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.google.com/search?rlz=1C1VDBK_esCO1007CO1007&sxsrf=ALiCzsY_wv82YjY0b7uTRdASP3uRLhXMnA%3A1655768821652&lei=9QaxYuG8J6GdwbkPrvOnmA8&q=niveles%20de%20investigaci%C3%B3n%20seg%C3%BAn%20sampieri&ved=2ahUKEwihi8fDm734AhWhTjABHa75CfMQsKwBKAR6BAhHEAU&biw=1040&bih=515&dpr=1.5

40. Investigadores TD. Tesis de Investigacion: Población y Muestra [Internet]. Tesis de Investigacion. 2012 [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <http://tesisdeinvestig.blogspot.com/2012/01/poblacion-y-muestra.html>
41. SciELO - Salud Pública - Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 [Internet]. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
42. Yumpu.com. Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A ... [Internet]. yumpu.com. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/en/document/view/28412289/effects-of-paternal-depression-on-fathers-parenting-behaviors-a->
43. Corporation MH. TDAH presentación de predominio inatento en niños y adolescentes [Internet]. [citado 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.mindyra.com/es-cr/solutions/child/adhd-inattentive>
44. 5 tipos de rabetas en los niños [Internet]. Guiainfantil.com. [citado 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/conducta/5-tipos-de-rabetas-en-los-ninos/>
45. Aprende con Alf. Bioestadística R - M2: Ejercicio de cálculo de la prevalencia y riesgo relativo [Internet]. 2014 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=oHDgmUGHZyc>
46. Mayor riesgo de depresión en las mujeres [Internet]. Mayo Clinic. [citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
47. baja serotonina produce estres - Buscar con Google [Internet]. [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=baja+serotonina+produce+estres&rlz=1C1VDKB_esCO1007CO1007&sxsrf=ALiCzsaVsiSYn60Z8tpKCal56tPR7vvSGg%3A1655849777148&ei=MUOyYtvPCKTixgGH9rWwCA&ved=0ahUKEwibrJKOyb_4AhUksTEKHQd7DYYQ4dUDCA4&uact=5&oq=baja+serotonina+produce+estres&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAM6BwgjELACECc6BAgAEA06BggAEB4QBzoICAAQHhAPEAc6BAgAEEM6BQgAEIAEOgUIABDLAToECAAQHjoICAAQHhAHEAU6BggAEB4QFjoFCCEQoAE6CAghEB4QFhAdSgQIQRgASgQIRhgAUPQDWOIFYNJOaAFwAXgAgAHdAYgBqheSAQYwLjIwLjGYAQCgAQHAAQE&sclient=gws-wiz

Anexos

Anexo 1. Patient Health Questionnaire (PHQ-9)



Validación y adaptación de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) para la prevalencia de depresión en cuidadores usuarios del servicio de salud mental de la clínica San Juan de Dios, Manizales-Caldas

CUESTIONARIO 1. Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9, en inglés).



Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan a menudo le han afectado alguno de los siguientes problemas? (Use "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi Todos los Días
1. Tener poco interés o placer para hacer las actividades que antes disfrutaba	0	1	2	3
2. Sentirse triste, deprimido (a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para conciliar o mantener el sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado (a) o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal con usted mismo-que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted mismo o con su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en actividades, como leer o ver televisión	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o por el contrario, sentirse tan inquieto(a) que se ha movido mucho más de lo usual	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto (a) o ha tenido deseos de hacerse daño de alguna forma	0	1	2	3

Interpretación:

Puntaje de 7 o más (punto de corte recomendado para Colombia): síntomas depresivos con importancia clínica (SDIC)

Puntaje menor de 7: Sin síntomas depresivos con importancia clínica

Anexo 2. Correlaciones de Pearson Escala DSM y CBCL varios estudios.

Tabla 28. Correlación (*r* de Pearson) entre las Escalas DSM y Escalas Empíricas del CBCL en diferentes estudios^{1,2}

Escalas DSM CBCL	Escalas de Síndromes CBCL										Punt. total
	Ansiedad/ Depresión	Aislamiento/ Depresión	Quejas somáticas	Problemas sociales	Problemas pensam.	Problemas atención	Conducta romper normas	Conducta agresiva	Punt. Interiorizado	Punt. Exteriorizado	
Pr. Afectivos	0.72*** 0.65	0.56*** 0.67	0.56*** 0.49	0.49*** 0.55	0.55*** 0.55	0.32*** 0.48	0.37*** 0.40	0.34*** 0.52	0.82*** 0.71	0.38*** 0.48	0.70*** 0.66
Pr. Ansiedad	0.81*** 0.79	0.26*** 0.44	0.35*** 0.35	0.53*** 0.53	0.47*** 0.45	0.34 0.37	0.12* 0.27	0.28*** 0.41	0.67*** 0.68	0.24*** 0.39	0.58*** 0.58
Pr. Somáticos	0.34*** 0.27	0.16** 0.25	0.92*** 0.90	0.19*** 0.26	0.34*** 0.25	0.08 0.22	0.17*** 0.19	0.13** 0.25	0.61*** 0.52	0.18*** 0.25	0.40*** 0.38
Pr. Atención/Hiperactiv.	0.29*** 0.38	0.04 0.30	0.13** 0.30	0.49*** 0.57	0.39*** 0.48	0.80*** 0.88	0.41*** 0.54	0.65*** 0.68	0.23*** 0.42	0.60*** 0.63	0.66*** 0.71
Pr. Negativismo	0.26*** 0.38	0.19*** 0.30	0.11* 0.29	0.41*** 0.48	0.31*** 0.41	0.55*** 0.55	0.61*** 0.62	0.90*** 0.88	0.26*** 0.43	0.86*** 0.80	0.70*** 0.70
Pr. Conducta	0.21*** 0.32	0.24*** 0.34	0.14** 0.29	0.39*** 0.51	0.34*** 0.38	0.48*** 0.58	0.89*** 0.90	0.80*** 0.76	0.27*** 0.39	0.91*** 0.78	0.71*** 0.67

¹ En negrita los coeficientes de Pearson observados en el presente estudio (N=420)

² Coeficientes de Pearson observados en el estudio de Achenbach y Rescorla (2001) (N=1753)

*** La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Anexo 3. Cuestionario Child Behavior Checklist (CBCL4-18)

ANEXO 2



RESPONDA: 0 Ninguna vez 1 algunas veces 2 muchas veces

1. Se comporta de una manera más infantil para la edad: 0 1 2 2. Sufre alergias: 0 1 2 Cuali: 2	24. No come bien: 0 1 2 25. 25. No se entiende con los demás niños/as: 0 1 2 26.
3. Discute mucho: 0 1 2 3 4. Tiene asma: 0 1 2 4	26. No parece tener remordimientos: 0 1 2 27. 27. Tiene colos con mucha facilidad: 0 1 2 28.
5. Tiende a comportarse como del sexo opuesto: 0 1 2 3 6. Hace deposiciones fuera de la taza del baño: 0 1 2 6	28. Come o bebe cosas que no son para comer: 0 1 2 29. 29. Miedo a ciertos animales, sitios o situaciones: 0 1 2 Cuali: 30.
7. Se comporta de un modo arrigante: 0 1 2 69. 8. No se puede concentrar: 0 1 2 9	30. Tiene miedo al colegio: 0 1 2 31. 31. Tiene miedo a hacer o pensar algo malo: 0 1 2 32.
9. No se quita ciertas ideas de la cabeza: 0 1 2 30. Cualis:	32. Piensa que tiene que ser perfecto/a: 0 1 2 34. Cualis:
10. No está quieto nunca, ni para dormir: 0 1 2 11. 11. No se aparta de las personas adultas: 0 1 2 12.	33. Siente o se queja de que nadie lo quiere: 0 1 2 35. 34. Piensa que es perseguido/a por alguien: 0 1 2 36.
12. Se queja de que se encuentra solo: 0 1 2 13. 13. Está en las nubes, está confuso: 0 1 2 14.	35. Se siente inútil, inferior a los demás: 0 1 2 37. 36. Es propenso a tener accidentes: 0 1 2 38.
14. Usara mucho: 0 1 2 15. 15. Maltrata a los animales, los hace sufrir: 0 1 2 16.	37. Se pelea mucho: 0 1 2 39. 38. Lo molestan mucho: 0 1 2 40.
16. Mete miedo a los demás, amenaza, intimida a la gente: 0 1 2 17. 17. Se pierde en sus pensamientos: 0 1 2 18.	39. Tiene malas compañías: 0 1 2 41. 40. Oye cosas que no existen: 0 1 2 42.
18. Se hace intencionadamente dolido: 0 1 2 19. 19. Reclama mucho la atención: 0 1 2 20.	41. Es muy impulsivo/a, actúa sin pensar: 0 1 2 44. 42. Le gusta estar solo/a: 0 1 2 45.
20. Rompe o destroza sus cosas, juguetes: 0 1 2 21. 21. Rompe o destroza las cosas o juguetes de los demás: 0 1 2 22.	43. Es mentiroso: 0 1 2 88. 44. Se muerde las uñas: 0 1 2 89.
22. No obedece en casa: 0 1 2 23.	45. Es nervioso, mantiene tenso: 0 1 2 302.

23. No obedece en la escuela: 0 1 2 24.	46. Tiene gestos o movimientos nerviosos: 0 1 2 46.
47. Tiene pesadillas: 0 1 2 48. 48. Los demás no lo quieren y lo evitan: 0 1 2 49. 49. Hace pipó con dificultad: 0 1 2 7. 50. Es demasiado miedoso: 0 1 2 33. 51. Se marea: 0 1 2 54. 52. Se siente demasiado culpable: 0 1 2 55. 53. Come demasiado: 0 1 2 53. 54. Se siente cansado: 0 1 2 56. 55. Tiene demasiado peso para su edad: 0 1 2 52. 56. Tiene problemas físicos sin causa médica conocida: 0 1 2 51. - Dolores: - Náuseas: - Problemas de visión: - Problemas de la piel: - Dolor de estómago: - Vómitos:	
57. Ataca físicamente a la gente: 0 1 2 57. 58. Se rasca constantemente, se arranca las costras: 0 1 2 50. 59. Juega en público con sus genitales: 0 1 2 58. 60. Juega mucho con sus genitales: 0 1 2 59. 61. Trabaja mal en la escuela: 0 1 2 308. 62. Es torpe, con poca coordinación: 0 1 2 307. 63. Prefiere jugar con niños mayores: 0 1 2 106. 64. Prefiere jugar con niños más pequeños: 0 1 2 105. 65. Se niega a hablar fuera de la familia: 0 1 2 63. 66. Repite algunos actos de forma sucesiva, compulsiva: 0 1 2 64. 67. Se fuga de la casa: 0 1 2 86.	68. Grita mucho: 0 1 2 47. 69. Es reservado, se guarda las cosas para sí mismo: 0 1 2 45. 70. Ve cosas que no están: 0 1 2 43. 71. Siente vergüenza con facilidad: 0 1 2 66. 72. Quemar cosas: 0 1 2 67. 73. Tiene problemas sexuales: 0 1 2 62. 74. Hace payasadas, llama la atención: 0 1 2 71. 75. Es tímido, retraído: 0 1 2 70. 76. Duermo menos que la mayoría de los niños de su edad: 0 1 2 72. 77. Duermo más que la mayoría de los niños de su edad: 0 1 2 73. 78. Se mancha o juega con su pipó: 0 1 2 8. 79. Tiene dificultades al hablar: 0 1 2 ¿Cuales? 74. 80. Se queda en blanco, se bloquea: 0 1 2 75. 81. Roba en casa: 0 1 2 78. 82. Roba fuera de casa: 0 1 2 79. 83. Almacena cosas que no necesita: 0 1 2 77. 84. Tiene un comportamiento extraño: 0 1 2 Describe: 76. 85. Tiene ideas extrañas: 0 1 2 80. 86. Es irritable, testarudo: 0 1 2 81. 87. Cambia rápido de humor: 0 1 2 82. 88. Es solitario: 0 1 2 83. 89. Es desconfiado: 0 1 2 84. 90. Dice groserías: 0 1 2 85. 91. Habla de suicidio: 0 1 2 91.