

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



“Estrés, ansiedad y depresión en padres de niños de 6 a 12 años durante la pandemia de COVID-19 y su relación con las medidas de confinamiento en México”

Presentada por
Dra. Cynthia Anahí Salinas Silva

Para obtener el grado de
Especialista en Pediatría

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Secretaría de Salud del Estado de
Nuevo León

Monterrey, Nuevo León, México

11 de noviembre del 2022

Autor Principal: Dra. Cynthia Anahí Salinas Silva

Residente de cuarto año del Departamento de Pediatría, Programa Multicéntrico de Residencias Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey y la Secretaría de Salud de Nuevo León.

- Director de tesis: Dra. Daniela de León Rojas

Coordinadora de Investigación Especialidad de Psiquiatría Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas SSNL Tec Salud.

- Codirector de tesis: Dra. Julieta Rodríguez de Ita

Profesor investigador en la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, Campus Monterrey.

- Asesor Metodológico: Dra. Daniela de León Rojas

Coordinadora de Investigación Especialidad de Psiquiatría Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas SSNL Tec Salud.

Índice

Índice de tablas	5
Resumen.....	7
Capítulo 1- Planteamiento del problema.....	9
Antecedentes	9
Objetivos General y Especifico de la Investigación	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos	14
Hipótesis.....	15
Justificación.....	15
Alcance del estudio	16
Capítulo 2 – Marco teórico	18
Capítulo 3 – Metodología	27
Diseño del estudio	27
Población.....	30
Criterios de inclusión	31
Criterios de exclusión.....	31
Materiales y métodos	32
Variables	36
Análisis de los datos.....	39
Capítulo 4 – Resultados	40
Capítulo 5 – Análisis de datos y discusión de resultados	46
Capítulo 6 - Conclusión	50
Referencias.....	51
Anexos	58
Abreviaturas.....	67
Curriculum vitae	68

Índice de tablas

Tabla 1.	34
Tabla 2.	37
Tabla 3.	41
Tabla 4.	44
Tabla 5.	45

Dedicatoria

A mi padre quien ha sido la persona que me ha apoyado incondicionalmente a lo largo de todos estos años, tanto en mi vida personal como profesional. A mi madre que aunque no se encuentra físicamente conmigo, sé que está conmigo en cada paso que doy. A mis profesores y pacientes quienes hicieron la mejor versión de mí, siendo ellos la base de mi aprendizaje.

Agradecimientos

Agradezco a mis asesores de tesis, a la Dra. Daniela de León y la Dra. Julieta Rodríguez quienes con su pasión y dedicación me guiaron y apoyaron para poder realizar este estudio. También agradezco a la Dra. Bárbara Garza por su ayuda a lo largo de su creación.

Además agradezco a todos los padres que contestaron el formulario siendo el elemento principal para la obtención de la base de este proyecto.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como pandemia el 11 de marzo del 2020. Con el objetivo de reducir el esparcimiento y la infección por COVID-19, se instalaron medidas de distanciamiento y aislamiento social afectando la rutina diaria de múltiples familias alrededor del mundo y generando preocupación por el bienestar psicosocial.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con la finalidad de determinar la prevalencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en padres de niños de 6 a 12 años de edad y evaluar su relación con las medidas de confinamiento impuestas durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Se aplicó un formulario en línea a padres de niños de 6 a 12 años de edad, durante el periodo de febrero a mayo del 2021, preguntando sobre datos sociodemográficos, el bienestar mental de los padres e hijos; así como los cambios en la vida diaria en casa y en el trabajo. Se evaluó la presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en padres respondiendo la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21). También la presencia de disfunción psicosocial en los niños con el Listado de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC) y la presencia de alteraciones del sueño en los niños con el Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil (CSHQ).

Un total de 209 padres contestaron el formulario, la mayoría fueron mujeres (87.1%) con una media de edad de 40 años. La prevalencia de síntomas de ansiedad, estrés y depresión en padres fueron 35.9%, 28.2% y 25.4% respectivamente. De los padres estudiados, un 28.2% tenían múltiples síntomas con un 14.3% con dos síntomas y el 13.8% fueron positivos para los tres síntomas (estrés, ansiedad y depresión).

De acuerdo con los resultados, el que los padres estén casados y que los niños experimenten disfunción psicosocial se relacionaron con la presencia de síntomas de estrés. Así mismo se encontró una relación bidireccional entre los resultados de la salud mental entre los padres y los hijos. Los síntomas de depresión en los padres fueron asociados con la experiencia de infecciones por COVID-19 en casa, disfunción psicosocial y alteraciones en el sueño de los niños.

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan que el confinamiento y el cambio en la rutina de vida relacionado con la pandemia de COVID-19, tuvieron impacto en la salud mental de los padres en México, por lo que es necesario dar un seguimiento de las consecuencias a largo plazo y establecer estrategias específicas de intervención.

Capítulo 1: Planteamiento del Problema

1.1 Antecedentes:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) como pandemia global el 11 de marzo del 2020, transformando así la vida familiar a nivel global.¹

El incremento rápido en el número de los casos de síndrome respiratorio agudo severo causado por el nuevo coronavirus, se convirtió en un desafío y preocupación para la salud pública y global. Para el mes de mayo de 2020 existían más de 3.7 millones de casos confirmados por COVID-19 y más de 250,100 muertos en más de 200 países. Por lo que las personas alrededor del mundo tuvieron que cambiar drásticamente la dinámica familiar para evitar la rápida propagación iniciando aislamiento social. Este cambio abrupto de la vida diaria fue un factor de riesgo que afectó directamente la salud mental.²

En estudios previos, se ha observado que desastres, pandemias o disturbios civiles se asocian a alteraciones mentales en la población expuesta, siendo la salud mental sensible a dichos eventos. En este contexto, la pandemia de COVID-19 puede considerarse un evento traumático, con consecuencias y daños físicos, emocionales y psicológicos.³

Acorde a diversos estudios, la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto negativo en los diferentes miembros de la familia afectando todas las actividades normales de la sociedad. El bienestar de los padres se ha visto alterado por varios factores estresantes como el confinamiento, pocas actividades recreacionales, frustración por la incertidumbre de las condiciones por la

pandemia, afectación financiera, pérdida de empleos e infección por COVID-19 en los miembros de la familia. Estos factores se ha documentado que aumentan la ansiedad, el estrés, el miedo, el insomnio, la depresión, el comportamiento agresivo, los pensamientos y/o tendencias suicidas, el abuso de alcohol o drogas y el síndrome de estrés postraumático. ⁴

Otros factores estresantes del periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19, son el distanciamiento social y el cambio en la rutina de la vida como trabajar desde casa o el desempleo así como el cuidado diario de los hijos durante el horario de trabajo y escuela. Esta situación creó nuevas responsabilidades que pueden exacerbar el estrés ya existente. La pandemia obligó a los padres a trabajar desde casa aprendiendo a realizar los roles familiares y el trabajo al mismo tiempo, por lo que tuvieron que balancear la vida personal, trabajo y la educación de los hijos sin ninguna ayuda externa, aumentando el estrés y poniendo en riesgo su propio bienestar y el de sus hijos. ⁵

De acuerdo a estudios realizados, factores como síntomas de ansiedad y depresión relacionados con la pandemia de COVID-19 se asocian con estrés parental. En diferentes países, las personas reportan síntomas de ansiedad, la cual se considera una reacción común ante pandemias, así como depresión y dificultad para dormir. En un estudio alemán se encontró que la pandemia causa un aumento de los niveles de estrés psicosocial, ansiedad, síntomas de depresión, irritabilidad y alteración en el sueño; También se observó que las mujeres se vieron fuertemente afectadas a consecuencia de la pandemia comparadas con el público en general. ⁶

En el 2020, la prevalencia de trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad aumentó, la cual se asoció al aumento de la infección por SARS-CoV-2 y al aislamiento social.

Estas enfermedades aumentan el riesgo de suicidio y de múltiples enfermedades teniendo un impacto en la salud y bienestar mental de los padres afectando también a la de sus hijos, convirtiéndose en un problema importante a nivel mundial. ^{7,8}

1.2 Planteamiento del problema

Según la OMS, el exceso de mortalidad asociada directamente o indirectamente a la pandemia de COVID-19 fue de casi 15 millones de muertes en el 2020 y 2021, siendo que un 84% del exceso de muertes se encuentran en Europa, América y en el sudeste del continente Asiático. ⁹

Acorde con la necesidad de reducir la afectación por COVID-19, desde un inicio de la pandemia, se instalaron de manera progresiva medidas de distanciamiento y aislamiento social, así como uso obligatorio de cubrebocas; condicionando el cierre de empresas, escuelas, recintos de actividades recreativas, actividades multitudinarias y eventos sociales, afectando a niños, adolescentes y familias. La necesidad de adaptación a nuevas condiciones de vida, ha aumentado los niveles de estrés psicosocial alrededor del mundo. Las familias han tenido que enfrentarse a nuevas demandas como realizar trabajo desde casa, educación en línea supervisada por los padres y realizar medidas de prevención de la transmisión de la enfermedad. Así mismo, la situación económica y el aumento del desempleo, representaron factores de estrés importantes. ^{10,11}

En la fase temprana de la pandemia se observó un cambio en la salud mental con respecto al periodo previo a la pandemia. Una de las preocupaciones de la sociedad es el impacto económico, siendo la crisis económica ligada a más problemas de salud mental. En un reporte en Canadá, se evaluó el bienestar mental en el inicio de la pandemia en el periodo de marzo a mayo del 2020 y se detectó que un 52% de la población tuvo deterioro de la salud mental. ¹²

Los padres que tienen falta de recursos económicos o apoyo familiar, experimentan una angustia psicológica significativa durante el confinamiento. Además de lidiar con la incertidumbre del inicio de la pandemia, los padres también deben de cuidar del bienestar físico, psicológico y social de sus hijos. En un inicio de la pandemia, los hijos comenzaron a tener preocupación, aburrimiento, frustración y soledad alterando al bienestar mental del padre teniendo consecuencias negativas en la educación en casa aumentando aún más la angustia durante la vida diaria.¹³

Existen investigaciones que hablan de las alteraciones mentales por pandemias previas en las cuales los padres han tenido un aumento de problemas psicológicos. Las causas más comunes de estos problemas son el impacto que tienen las enfermedades sobre la salud de los hijos y la necesidad de evitar el contacto con las personas infectadas. Estudios longitudinales indican que existe un impacto negativo en la salud mental producto de la pandemia, ya que esta afectación no se resuelve posterior a la finalización de la cuarentena indicando que esto puede tener consecuencias negativas en la salud mental a largo plazo.¹⁴

Los padres que viven con niños pequeños menores de 11 años de edad se han reportado con un mayor nivel de estrés comparado con el público en general, teniendo un menor nivel de satisfacción comparada con la vida previa a COVID-19. El bienestar de los padres y el desarrollo de los niños se encuentran conectados y la pandemia de COVID-19 puede proporcionar consecuencias negativas en la relación entre padre e hijo y en el desarrollo infantil, principalmente en los primeros años de vida. Esto puede afectar en la conducta y emociones de los niños causando estrés en los padres. Sin embargo, en algunas ocasiones los padres pueden ser un escudo protector para los niños con adecuadas estrategias de afrontamiento ante estas situaciones.⁶

Los problemas en la salud mental de los padres se relacionan con problemas en el desarrollo de los niños, causando un aumento en la probabilidad de que en un futuro ellos mismos también desarrollen problemas en la salud mental. El bienestar psicosocial en los padres se convierte en un impacto en el bienestar en general de sus hijos ya que los factores de gran relevancia para el bienestar infantil son la salud física, emocional y social de sus padres, quienes pueden estar expuestos a niveles altos de estrés previamente no experimentados durante la pandemia.^{6,15}

Se han identificado factores en los padres que pueden aumentar el riesgo de estrés parental como baja seguridad en sus propias habilidades como padres, baja percepción en la unión padre e hijo, problemas de la salud, restricción de los roles como padres, depresión, ansiedad, entre otros. Ya es conocido que el estrés parental se asocia a problemas de conducta y emocionales en los niños y alteran el desarrollo y la calidad del cuidado de los niños, afectando la formación de lazos de apego. Los síntomas de depresión en el padre, puede predecir síntomas de depresión y ansiedad en el niño aproximadamente 6 meses posteriores.⁵

Es importante mencionar que el estrés juega un papel importante como riesgo potencial en el maltrato infantil, ya que exponerse a un nivel mayor de estrés afecta en el tipo de parentalidad, convirtiéndola en rígida y abusiva hacia los niños, aumentando la ansiedad y depresión y disminuyendo el interés en atender las necesidades de los hijos; Por lo que, tener un adecuado entorno familiar de soporte es uno de los factores de protección para disminuir el riesgo al maltrato infantil.¹⁶

Actualmente la salud física y mental tanto en los padres como en los niños se ha convertido en una preocupación. La exposición a cambios en el entorno, a eventos adversos, el cambio en rutinas sociales y el estrés en el que pueden encontrarse, puede relacionarse con malestar

psicosocial actual y futuro; pues al existir mala adaptación al estrés, se incrementa la vulnerabilidad en el desarrollo biológico y mental, condicionando riesgos de enfermedades crónicas.¹⁷ Es por ello que se hace relevante el obtener información del impacto psicosocial actual de la pandemia de COVID-19. Dichos datos permitirán establecer estrategias de apoyo y recomendaciones oportunas en beneficio de la salud de los padres y de los niños.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los padres de niños entre 6 a 12 años durante el confinamiento de la pandemia de COVID-19.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los padres.
- Describir las medidas de confinamiento de los padres.
- Determinar asociaciones entre síntomas de estrés, ansiedad y depresión con variables sociodemográficas y medidas del confinamiento.
- Detectar factores de riesgo que afectan a la salud mental en los padres de niños de 6 a 12 años durante la pandemia de COVID-19.

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis nula

El confinamiento secundario a la pandemia de COVID-19 no aumentó la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los padres.

1.4.2 Hipótesis alterna

El confinamiento de la pandemia de COVID-19 aumentó la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los padres.

1.5 Justificación

Tal como se ha establecido, la serie de cambios en el estilo de vida derivados de la contingencia sanitaria generada por COVID-19 pueden tener un impacto potencial en el bienestar integral de la población.

Este estudio pretendió aportar información sobre el impacto de la contingencia en la salud mental de los padres de niños de 6 a 12 años en México. Lo anterior es importante ya que, aunque se tiene una base en la literatura sobre la respuesta de las personas a eventos adversos y trauma, muy poco se conoce sobre su reacción a pandemias en general.¹⁸ Asimismo, es importante que la

descripción de este fenómeno sea individualizado en tiempo, sitio y persona; ya que estas mismas variables ocasionan que el entorno sociocultural sea diferente impactando en los estresores y mecanismos de afrontamiento de la población.

Estimaciones de la ansiedad y la depresión son necesarias para orientar las políticas de salud pública y también, para informar la evaluación de riesgos, intervención y prevención.

La contingencia de la pandemia fue para muchos países, incluido México, una emergencia sanitaria sin precedente alguno. Esta información pretendió brindar información concreta sobre la salud mental de los padres en este periodo de confinamiento; misma que puede ser útil para el monitoreo de estos problemas y como posible herramienta de tamizaje en esta población. A pesar de que la contingencia ha sido ya exitosamente controlada en algunos países, las secuelas y adaptación a una nueva realidad pueden permanecer.

Actualmente a nivel mundial y nacional, acorde con el avance rápido de la pandemia en México, es evidente la poca información disponible a respecto. Es por eso que el conocimiento obtenido y su disseminación por medio de publicaciones científicas, servirá para establecer estrategias de apoyo y recomendaciones específicas, que permitan prevenir el desarrollo de problemas en la salud futuros.

1.6 Alcance del estudio

1.6.1 Límites del estudio

De los padres de niños de 6 a 12 años en México, se seleccionó una muestra de aquellos que aceptaron participar de manera voluntaria por medio de la invitación por redes sociales en grupos

cerrados de Facebook de padres. Todos los grupos presentan actividad e interacción comunitaria continua.

1.6.2 Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio, se encuentran su diseño de tipo transversal que representa un lapso de tiempo corto de exploración, limitando la posibilidad de obtener conclusiones más sólidas y establecer causalidad. También la distribución de la encuesta en Facebook podría ser un sesgo de selección ya que no incluye a los padres que no están presentes en redes sociales. Igualmente, la muestra del estudio no incluye la representación de los grupos vulnerables dentro de la sociedad, por lo que existe la necesidad de una mayor exploración.

Capítulo 2: Marco Teórico

En diciembre de 2019, se describió un brote de neumonía en Wuhan, China, identificando una nueva cepa de la familia de coronavirus, llamada provisionalmente nuevo coronavirus 2019 (2019-nCov), posteriormente llamado SARS-CoV-2 para el virus, causando un síndrome respiratorio agudo severo en las personas con una alta propagación a nivel internacional. Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró como emergencia sanitaria el 30 de enero de 2020 y como pandemia el 11 de marzo del 2020, transformando así la vida familiar en todo el mundo.¹

El primer caso confirmado en la región de las Américas fue en los Estados Unidos de América el 20 de enero del 2020, desde entonces la enfermedad de COVID-19 se propagó a los otros países del continente americano, registrando un aumento exponencial en el número de casos y muertes. Según la OMS, desde el inicio de la pandemia, en México se han reportado aproximadamente 6,900,600 de casos confirmados por COVID-19 con un total aproximado de 320,800 de muertes.¹⁹

La infección por SARS-CoV-2 rápidamente se esparció a través de China a finales del 2019 y en los 3 meses siguientes se esparció a otras regiones del mundo, alcanzando >100,000 casos globalmente para la primera semana de 2020, contando en la mitad del año del 2022 con más de 600 millones de casos confirmados en el mundo, así como más de 6.5 millones de muertes a nivel mundial.²⁰

El primer caso detectado en México fue el 28 de febrero de 2020. Posteriormente por el aumento sustancial de los casos y muertes debido al virus SARS-CoV-2 en el país, la pandemia se declara en fase de emergencia sanitaria en el Diario Oficial de la Federación el 30 de marzo de 2020 a pesar de haber iniciado el confinamiento y aislamiento social el 15 de marzo de ese mismo año. El 23 de marzo de 2020 se inicia la campaña nacional de sana distancia suspendiendo todas las actividades no esenciales hasta el 30 de mayo de 2020 cuando se planeó iniciar de manera progresiva las actividades hacia la “nueva normalidad” sin embargo, debido al aumento de las muertes en el país, el tiempo de confinamiento se extendió y la normalidad regresó paulatinamente.^{21,22}

Debido a la pandemia por COVID-19 se iniciaron cambios sustanciales en la dinámica mundial tanto de manera general como específica. Desde inicios de abril de 2020 alrededor de 3 billones de personas a nivel mundial se encontraban aisladas en sus casas y más de 130 países limitaron sus actividades y la movilidad de sus ciudadanos.²³

2.1 Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental

Desde el inicio de la pandemia surgió la preocupación por su efecto en la salud mental de la población, pues alteró entre otras cosas, la economía y la vida social en la comunidad global. Esto causó un aumento en la prevalencia de trastornos de depresión, ansiedad, estrés postraumático, riesgo de suicidio e insomnio.²⁴

El cambio en el estilo de vida por la pandemia, implicó permanecer en casa con medidas de aislamiento social, aumentando la convivencia familiar, disminuyendo la privacidad y libertad cambiando así la rutina de la vida de los mexicanos. Tres estudios demostraron que una mayor duración de la cuarentena se asocia con una pobre salud mental con síntomas de estrés post-

traumático, ansiedad e irritabilidad. Otro estudio que compara a los padres y niños con síntomas de estrés post-traumático que realizaron cuarentena con aquellos que no realizaron, encontró que aquellos que realizaron la cuarentena tienen cuatro veces más probabilidad de padecer estrés post-traumático.³⁵ Esto, pone en evidencia que la cuarentena o más bien el aislamiento social prolongado, puede tener efectos psicológicos negativos, mismos que pueden relacionarse con síntomas de ansiedad, depresión, estrés agudo y manifestaciones de síndrome de estrés post-traumático.²⁵

La necesidad de adaptación a nuevas condiciones acorde con la necesidad de reducir la afectación por COVID-19, aumentó los niveles de estrés psicosocial alrededor del mundo. Las familias se enfrentaron a nuevas demandas como realizar trabajo desde casa, educación en línea supervisada por los padres y realizar medidas de prevención de la transmisión de la enfermedad. Así mismo la situación económica y el aumento del desempleo, formaron parte importante de los factores de estrés.^{10,26}

Desde el inicio del año del 2020, el bienestar mental de los padres se alteró por varios factores estresantes. La pandemia desvió todas las actividades normales del día de la familia, comunidad y sociedad. Los factores que contribuyen a crear una carga estresante severa para los padres fueron el confinamiento, pocas actividades recreacionales, frustración severa por la incertidumbre de las condiciones de la pandemia, falla en la utilización de los seguros médicos, alteración en la salud mental de los miembros de la familia aumentando la ansiedad, estrés, miedo, insomnio, depresión, comportamiento agresivo, pensamientos y/o tendencias suicidas, abuso de alcohol o drogas, trastorno del estado de ánimo y síndrome de estrés postraumático.⁴

El aislamiento que se generó durante la pandemia, es un estresor crónico que podría resultar en consecuencias negativas a largo plazo en la salud. La OMS, define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”, siendo la pandemia de alguna manera un factor que afecta alguno de estos tres aspectos de la salud.²⁷

Según la OMS, la prevalencia de ansiedad y depresión aumentó un 25% durante el primer año de la pandemia, siendo la principal causa el aislamiento social, convirtiéndose así en una preocupación global.²⁸ De acuerdo con el Estudio Global de Enfermedades Incapacitantes, Lesiones y Factores de Riesgo del 2019 se encontró que las enfermedades mentales que más incapacitan a las personas fueron la depresión y la ansiedad. Ambos están en los primeros 25 causas de incapacidad en el mundo en ambos géneros.²⁹

En febrero del 2020 se realizó un estudio en China acerca del impacto psicosocial de COVID-19 en donde se reporta que 53.8% de los estudiados sobrelleva un impacto psicológico moderado a severo, 16.5% síntomas depresivos moderados a severos, 28.8% síntomas moderados a severos de ansiedad y 8.1% niveles de estrés moderados a severos. Además, 84.7% de los respondedores pasaban de 20 a 24 horas en casa y más del 70% estaban preocupados por el riesgo de que miembros de la familia se contagien.³⁰ En abril del 2020 se realizó un estudio en 1,468 personas, estudiando la prevalencia de síntomas severos de malestar psicológico utilizando la escala de malestar psicológico de Kessler-6, reportando un 13.6% con síntomas de malestar psicológico comparado con un 3.9% en el 2018.³¹

2.2 Estrés parental durante la pandemia de COVID-19

El estrés en general es una reacción del cuerpo para mantener el equilibrio. Cuando una persona se enfrenta a una situación de estrés, el cuerpo comienza a adaptarse y se prepara para una

respuesta de “huida” o “pelea”. Estas adaptaciones fisiológicas incluyen la activación del sistema nervioso simpático y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. El resultado de esta activación es la secreción de glucocorticoides, catecolaminas y citocinas, y mecanismos autorreguladores del eje ayudan a regresar su secreción a su estado basal.³²

El estrés percibido es un predictor importante que se encuentra relacionado con la satisfacción de vivir, y se ha visto una asociación entre bajos niveles de satisfacción de vivir con riesgo de suicidio y síntomas depresivos. El estrés percibido no es sólo evaluar los eventos estresantes de la vida, sino también evaluar el grado en que la situación es considerada como estresante, lo cual determina el nivel de capacidad que las personas poseen para enfrentar las situaciones estresantes y su propia habilidad para hacer frente a este tipo de situaciones.³³

El estrés que surge del cuidado diario de los niños parece interferir en la salud y el funcionamiento psicológico de los padres y en las relaciones con sus hijos. Por lo tanto, los niveles elevados de estrés se han asociado a un apego inseguro en el niño, utilización de una disciplina punitiva por parte de los padres y aparición de problemas de conducta y adaptación en los niños. En resumen, un exceso de estrés parental tiene una influencia negativa en el estado emocional y psicológico de los niños.^{34,35}

Los padres que experimentan estrés estimulan en menor medida a sus hijos teniendo menos interacciones sociales, provocando un apego inseguro, por lo que el estrés parental es considerado como un factor crítico en el desarrollo infantil proporcionando también una afectividad negativa. Los principales aspectos del desarrollo infantil perjudicados por el estrés son los problemas de conducta de tipo internalizado y externalizado, deficiencia en la competencia social y una mayor probabilidad de ser diagnosticados de algún trastorno psicológico.^{36,37}

Como ya se conoce, tener conflictos entre los padres y un ambiente familiar negativo en casa afecta la salud emocional en los niños. Tener un padre con trastorno psiquiátrico o psicológico preexistente, así como tener una relación negativa padre-hijo, son factores de riesgo para que los niños tengan un mayor riesgo a problemas de internalización como depresión. En cambio, tener una estructura familiar de dos padres y una relación positiva con los padres ayuda a aminorar problemas mentales en los niños.³⁸

Durante el confinamiento de la pandemia de COVID-19, los niños y los padres se mantienen juntos en casa durante un largo periodo, lo cual puede ser un factor protector para el bienestar en los niños pero en algunos casos, puede ocasionar estrés y fricciones entre ellos. La pérdida financiera y un futuro incierto afectan a los padres de manera constante lo cual también puede afectar de manera negativa el bienestar en los niños.³⁹

Por otra parte, el estrés, ansiedad, depresión y el tipo de parentalidad se han identificado como factores de riesgo para el maltrato infantil durante la pandemia de COVID-19. Mientras más exposición exista a fatiga emocional, física y cognitiva, los niveles de estrés aumentan en los padres, el cual se encontró un aumento del 6.59% en el nivel de estrés percibido por el padre, provocando una crianza estricta y afectando la relación padre-hijo.¹⁶

Los padres que viven con niños pequeños han reportado un mayor estrés mental comparado con el público en general, especialmente las madres quienes están mayormente a cargo de los niños, se han visto afectadas de manera negativa. Los padres de niños menores de 11 años presentan un nivel mayor de estrés y satisfacción menor comparada con la vida previa a COVID-19. El bienestar de los padres y el desarrollo de los niños se encuentran conectados y el COVID-19 puede proporcionar consecuencias negativas en la relación entre padre e hijo y en el desarrollo

infantil, principalmente en los primeros años de vida, afectando en la conducta y emociones de los niños siendo causante también de mayor estrés parental. Sin embargo, los padres pueden ser un escudo protector para los niños con adecuadas estrategias de afrontamiento.⁶

Los efectos del estrés relacionados a la pandemia se pueden exacerbar y multiplicarse por el mismo proceso de proliferación del estrés entre los miembros de la familia. Estos efectos varían, de acuerdo con la habilidad individual de autorregulación. Por ejemplo, los padres con condiciones mentales preexistentes como depresión o ansiedad o con factores de riesgo de salud elevados manifiestan una mayor dificultad para manejar el estrés que conlleva la pandemia. A los niños pequeños pueden no afectarles los cambios en las rutinas diarias, sin embargo, en niños mayores con rutinas estructuradas y con mayor consciencia de los riesgos para la salud que tiene el contagio con COVID-19, puede generarse irritabilidad, miedo por la situación, frustración y estrés.¹⁰

Por otra parte, los padres enfrentan varias dificultades durante la pandemia. Por ejemplo, los padres que son médicos tienen que manejar el estrés que genera el riesgo de ir a sus casas y contagiar a su familia. Otros pueden estar enfrentando las altas demandas de apoyar a los niños con la escuela en casa mientras están realizando los propios requerimientos de su trabajo. También algunas familias, además de contar con niños y adolescentes, cuentan con personas adultas mayores o con factores de riesgo de contagio y mortalidad para COVID-19 que requieren de cuidados especiales. Esto aumenta el nivel de demanda y el estrés de los padres y hasta puede disminuir sus recursos económicos, al igual de colocar también a los niños en mayor riesgo de descuido o maltrato doméstico.⁴⁰

En un artículo publicado en el 2020 se estudiaron 9,565 personas de 78 ciudades diferentes de los Estados Unidos de América durante el confinamiento inicial de la pandemia reportando que

un 11% de la muestra presentaba un nivel moderado de estrés. También se experimentaron niveles elevados de depresión siendo un 25% de la muestra que indicó que las actividades que realizaban no eran reforzantes para la salud mental y un 33% reportaron niveles altos de aburrimiento.⁴¹

De acuerdo a una encuesta de 1,024 padres en Alemania, más de la mitad de los padres se sentían ansiosos como resultado del aislamiento social (56.1%), cierre de las escuelas (52.1%) y recorte de los servicios en el cuidado de los niños (52.1%).⁴² Así mismo, el nivel de ansiedad aumentó probablemente por el impedimento del desarrollo profesional y educacional causado por la pandemia que a su vez afectó a la economía y favoreció al desempleo predominantemente en países que no tuvieron medidas económicas compensatorias.²⁴

2.3 Impacto del bienestar mental parental en la salud del niño durante la pandemia de COVID-19

De manera particular, la población infantil es vulnerable durante los brotes de enfermedades infecciosas como COVID-19 por tres razones principales: susceptibilidades específicas a las infecciones, por la necesidad de aplicar medidas de prevención y control que pueden ponerlos en riesgo (como el uso continuo de cubrebocas y mayor disponibilidad de productos sanitizantes) y por el cambio en el entorno donde los niños crecen y se desarrollan, ya sea por la misma enfermedad infecciosa o por las medidas adoptadas para prevenir los brotes. Así mismo, otro factor de gran relevancia para el bienestar infantil es la salud física, emocional y social de sus padres, quienes pueden estarse exponiendo a niveles de estrés previamente no experimentados.^{43,44}

Es importante recalcar que el impacto de la pandemia no fue uniforme para todas las familias: algunas familias han perdido a un ser querido, algunos niños tienen padres que trabajan en la primera línea de defensa contra COVID-19, otros tienen padres ahora trabajan desde casa y en el caso de otros niños incluso, sus padres han perdido su empleo.

Se encuentra que tanto el estrés parental como una mala adaptación al estrés infantil, incrementa la vulnerabilidad en los resultados en cuanto al desarrollo biológico y mental tanto presentes como futuros. Lo anterior resulta en un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, al igual de encontrarse fuertemente relacionado con otros mecanismos biológicos de importancia vital como alteraciones en el sueño.⁴⁵

Actualmente la salud física y mental en los niños se ha convertido en una preocupación. La exposición a cambios en el entorno, a eventos vitales adversos, el cambio en rutinas sociales y el estrés en el que pueden encontrarse en conjunto con sus padres, puede relacionarse con malestar psicosocial actual y futuro; pues al existir mala adaptación al estrés, se incrementa la vulnerabilidad en el desarrollo biológico y mental, condicionando riesgos de enfermedades crónicas en la edad adulta.⁴⁴ Es por esto que se hace relevante el obtener información del impacto psicosocial actual de la pandemia de COVID-19 tanto en padres como en niños. Dichos datos permitirán establecer estrategias de apoyo y recomendaciones oportunas en beneficio de la salud de las familias.

Capítulo 3: Metodología

3.1 Diseño del estudio.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y exploratorio orientado hacia obtener información de padres de niños de 6 a 12 años de edad por medio de reporte parental, el cual ayudó a determinar el impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19 en dicha población.

Al momento del desarrollo del estudio, en nuestro país no había precedentes de datos publicados relacionados al impacto psicosocial de la pandemia de COVID-19 en padres. Por lo que de manera inicial se consideró conveniente un enfoque observacional y descriptivo para obtener información esencial para el uso de otros diseños de estudio posteriores.

Debido a la necesidad del distanciamiento social que condicionó la pandemia de COVID-19 y siguiendo las recomendaciones de distanciamiento social realizadas en México, se realizó este estudio de manera electrónica, invitando a participar por medio de redes sociales, a padres de niños entre 6 a 12 años de edad en México, proporcionándoles el link de acceso a un formulario realizado en la plataforma Google Forms, donde de manera inicial se presentaron la invitación, objetivos y procedimientos del estudio, así como el formato de consentimiento informado. De seleccionar la opción de desear participar y conseguir su consentimiento, se procedió a dar acceso a la evaluación. La participación fue anónima, voluntaria y confidencial.

Las herramientas que se aplicaron fueron 3 formatos de reporte parental orientados en la búsqueda síntomas de estrés, ansiedad y depresión del cuidador en cuestión por medio de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), la existencia de síntomas de alteración de sueño en los niños por medio del Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil (CHSQ) y síntomas de disfunción psicosocial en los niños, por medio de la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos(PSC). Así mismo se realizó un interrogatorio de datos sociodemográficos relevantes y de cambios en hábitos de consumo de medios electrónicos. Si bien, como parte del estudio se realizaron la totalidad de dichas evaluaciones, el enfoque de desarrollo de este proyecto de tesis, se centra de manera predominante en los padres y sus resultados, mismos que serán descritos en secciones posteriores.

3.2 Clasificación del Estudio

El estudio se consideró original debido a que no se cuentan con datos preexistentes del impacto psicosocial y el desarrollo de síntomas de estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 en los padres de niños de 6 a 12 años en México, así mismo se desconoce su relación con las medidas de confinamiento impuestas en el país. El estudio aporta información estadística específica, que puede apoyar el manejo y prevención de estos síntomas y su consecuente impacto negativo en las familias.

3.3 Tipo de Investigación

Fue un estudio observacional, descriptivo y exploratorio orientado hacia obtener información para determinar los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en padres de niños de 6 a 12 años de edad, durante la pandemia de COVID-19.

3.4 Características del Estudio

Las características de desarrollo del estudio corresponden a un enfoque descriptivo utilizando cuestionarios que se aplicaron mediante un solo formulario, el cual se aplicó a los padres para recabar datos sociodemográficos, así como las 3 herramientas clínicas validadas mediante las cuales se valoran la presencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión de los padres por medio de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), los hábitos y síntomas de alteraciones de sueño en los niños por medio del Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil [CHSQ] y los síntomas de disfunción psicosocial en los niños por medio de la Lista de Verificación de Síntomas Pediátricos (PSC).

3.5 En relación con el tiempo

En relación con el tiempo este estudio se considera prospectivo, con un desarrollo transversal, contando con un único periodo de tiempo de evaluación, para su posterior análisis y discusión de resultados.

3.6 Clasificación de la investigación.

No se encontraron riesgos directos inherentemente asociados a la participación en la investigación, más allá de los previamente establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17; de acuerdo a la cual se consideró una investigación con riesgo mínimo, que por definición incluye: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del sujeto.

3.7 Tipo de Análisis

Se realizó estadística descriptiva con la obtención de medias y desviaciones estándar para variables continuas y para variables categóricas que se reportaron en torno a frecuencias y porcentajes. Por otra parte se realizó estadística analítica, para determinar asociación entre los síntomas de estrés, depresión y ansiedad parental y posibles variables sociodemográficas de interés, así como las alteraciones del sueño y disfunción psicosocial de los niños, se realizaron análisis de regresión logística binomial, donde las asociaciones entre variables se presentaron como odds ratio, considerándose un intervalo de confianza del 95%. Se estableció significancia estadística con un valor de $p < 0.05$.

3.8 Población

Padres de niños entre 6 a 12 años de edad residentes en México durante todo el desarrollo de la pandemia que desearon participar contestando el formulario. Estos padres se encontraron dentro de 3 grupos cerrados en redes sociales (Facebook).

3.9 Métodos de selección de los participantes

Por la necesidad de distanciamiento social que condicionó la pandemia de COVID-19 se realizó este estudio de manera electrónica, invitando a participar por medio de redes sociales a padres de niños entre 6 a 12 años de edad en México, proporcionándoles el link de acceso a un formulario realizado en la plataforma Google Forms, donde de manera inicial se presentó la invitación, objetivos y procedimientos del estudio y el formato de consentimiento informado. De seleccionar la opción de desear participar, se procedió a dar acceso a la evaluación. La participación fue anónima, voluntaria y confidencial.

3.10 Cálculo de muestra

Para determinar el número de pacientes mínimo requerido, se utilizó la fórmula para estimación de una proporción en una población infinita, donde se tomó una prevalencia estimada de 24% de síntomas de deterioro en la salud mental en niños de 6 a 12 años frente a la pandemia de COVID-19 en estudios internacionales previamente realizados durante la pandemia.⁴⁶ Con una precisión o valor de p de 0.05 y un límite de confianza de 95%, el cálculo del número de participantes mínimo requerido fue de 200 sujetos evaluados.

3.11 Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

3.11.1 Criterios de inclusión

- Padres, madres o tutores de niños de 6 a 12 años de edad.
- Padres, madres o tutores >18 años de edad.

3.11.2 Criterios de exclusión

- No residir en México en los últimos 10 meses.
- Padres, madres o tutores de niños o adolescentes fuera del rango de edad 6-12 años.
- Deseo de abandonar el estudio.
- No completar la evaluación clínica.

3.12 Materiales y métodos

Para la realización de la investigación se utilizó:

- Un sistema de cómputo adecuado para realizar fase estadística analítica y descriptiva.
- Un formulario realizado en Google Forms titulado “Impacto Psicosocial de la Pandemia de COVID-19 en padres y niños de 6 a 12 años de edad”.
- Plataforma social de Facebook para distribución del formulario.
- Computadoras personales de cada investigador para la captura y análisis de datos.
- Software de Microsoft EXCEL® para la concentración de la base de datos y tabulación de resultados.
- Software SPSS versión 20.0 (IBM) para IOS para el análisis estadístico.
- Software de Microsoft Word® para la redacción del protocolo.

3.13 Técnica

La técnica de estudio que se utilizó fue la aplicación de un cuestionario para evaluar información sociodemográfica y cambios en el estilo de vida doméstica y laboral relacionado con el confinamiento por la pandemia de COVID-19, así como para interrogar sobre la presencia de síntomas de deterioro en la salud mental de padres y niños.

El formulario incluyó previo al inicio de la participación, el formato de consentimiento informado. Posterior a aceptar el participar en el estudio se les dio acceso al cuestionario que consta de 126 ítems totales, divididos en 4 partes esenciales: datos demográficos básicos (padres e hijos), evaluación de presencia de síntomas de estrés, depresión y ansiedad del padre o tutor, hábitos y alteraciones de sueño del niño y síntomas de deterioro psicosocial del niño.

Los datos demográficos incluyeron la edad del padre o tutor niño, estado civil, nivel escolar, ocupación, situación de confinamiento actual, número de hijos, edades de hijos, diagnóstico previo a la pandemia de trastornos de salud mental, diagnóstico durante la pandemia de trastornos de salud mental, diagnóstico previo y/o actual de COVID-19, situación escolar del niño, grado escolar actual del niño, diagnóstico de enfermedades médicas previas del niño, diagnóstico de trastornos mentales previos del niño, cambios en los hábitos de uso de electrónicos del niño.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

DASS es un instrumento realizado en 1995 por Livibond en 950 estudiantes australianos, con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas negativos de depresión, ansiedad y estrés y lograr una discriminación entre estos. Fue traducido y validado al idioma español en el 2002 por Daza et al., 2002.⁴⁷ Este instrumento tiene tres subescalas: la escala de Depresión que mide tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad, la escala de Ansiedad mide síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo y la escala de Estrés que mide tensión, agitación y afectividad negativa. En cada subescala tiene un coeficiente alpha: Depresión 0.91, Ansiedad 0.84 y Estrés 0.90. Su versión abreviada, denominada Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) tiene como ventajas el ser un instrumento de autorreporte, breve, fácil de responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios. Tiene siete ítems cada subescala, en donde se responde con 0 (no aplica en mí) al 3 (se aplica mucho en mí o en la mayoría del tiempo) dando una evaluación la cual se multiplica por dos como equivalente al DASS 42, para dar un resultado entre el 0 al 42.

De acuerdo del puntaje de cada subescala se evalúa el nivel de depresión, ansiedad y estrés. En la de depresión teniendo un valor entre 0-9 es normal, un 10-13 es leve, 14-20 es moderado, 21-27 es severo y mayor a 28 es extremadamente severo; En la escala de ansiedad, tener un valor entre 0-7 es normal, entre 8-9 es leve, 10-14 es moderado, 15-19 es severo y mayor a 20 es extremadamente severo; Por último en el de estrés, tener un valor entre 0-14 es normal, 15-18 es leve, 19-25 es moderado, 26-33 es severo y tener mayor a 34 es extremadamente severo. **Tabla 1.**

Tabla 1. Clasificación de gravedad de DASS-21

Gravedad	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderada	14-20	10-14	19-25
Severa	21-27	15-19	26-33
Extremadamente Severa	28+	20+	34+

*La puntuación sumada se multiplica por 2

Por otra parte, se aplicó el cuestionario para la detección de problemas conducta de los niños, contestado por los padres, llamada Listado de Verificación de Síntomas de Pediatría (PSC), el cual tener una puntuación arriba de 28 se detectan como niños en riesgo indicando una evaluación adicional. También se integró el Cuestionario de Hábitos del Sueño Infantil (CSHQ) el cual evalúa la frecuencia en que se presentan los comportamientos asociados con las dificultades para dormir en el niño durante un mes, obteniendo un puntaje mayor a 41 indica un trastorno en el sueño del niño.

Para evaluar el sueño, el funcionamiento psicosocial y el comportamiento de los niños, se pidió a los padres que respondieran el Cuestionario de hábitos de sueño de los niños (CSHQ) y la Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC). El CSHQ es un cuestionario de 45 elementos diseñado para examinar el comportamiento del sueño en niños en edad escolar. El CSHQ incluye

33 preguntas calificadas en una escala de 3 puntos de acuerdo con la frecuencia de presentación (generalmente, a veces o rara vez). La puntuación total oscila entre 33 y 99, y las puntuaciones más altas representan más trastornos del sueño. Una puntuación superior a 41 puede indicar un trastorno del sueño pediátrico.⁴⁸

El PSC es un cuestionario de detección de 35 ítems diseñado para ser completado por los padres, con el objetivo de identificar a los niños en edad escolar con dificultades en el funcionamiento psicosocial incluyendo síntomas de atención, síntomas de internalización (ansiedad/depresión) y síntomas de externalización (conducta). Los 35 elementos se califican en una escala de Likert de 0 a 2, que suma un rango de puntaje total de 0 a 70. El puntaje de corte recomendado de 28 o más indica que el niño se beneficiaría de una evaluación adicional.⁴⁹

3.14 Instrumentos de medición

3.14.1 Fase 1: Construcción del formulario

1. Se realizó un formulario que integraba los datos demográficos de los padres y los hijos, así como las encuestas para evaluar los objetivos del estudio tomando en cuenta la situación actual de la pandemia.

2. Se agregaron los diferentes ítems de las encuestas: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil/ Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) y la Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC).

3.14.2 Fase 2: Aplicación de la encuesta

1. Se distribuyó el formulario llamado “Impacto Psicosocial de la Pandemia de COVID-19 en niños de 6 a 12 años de edad” vía internet a padres mayores de 18 años de edad en la plataforma Facebook en grupos sociales de padres.

3.14.3 Fase 3: Obtención de resultados y análisis estadístico

1. Se integró la base de datos en Microsoft Excel® recopilando todas las respuestas del formulario aplicado a los padres. Se registraron los datos demográficos y los resultados de las diferentes escalas reportando los resultados y su clasificación.

2. Una vez obtenidos los resultados, se analizaron los datos en SPSS versión 20.0.

3. Se envió un reporte de resultados a cada participante, así mismo se proporcionaron recomendaciones de cuidado a la salud mental generales y recomendaciones y referencias específicas en caso de requerirse.

3.15 Variables y escala de medición

Al respecto de la determinación de variables, la unidad primaria de observación fue el sujeto participante de acuerdo con los criterios de selección y exclusión previamente establecidos.

Las unidades de medida utilizadas para la determinación de variables cambiaron de acuerdo al tipo de variable y consistió de manera general en categorías nominales (variable estado civil), escalas numéricas continuas (variable edad del niño) y categorías ordinales (depresión, ansiedad, estrés).

En la siguiente tabla se establecen con detalle y de manera específica cada una de las variables que se midieron en el estudio. **Tabla 2.**

Tabla 2. Descripción de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLE
Edad del padre o tutor	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.	Cuantitativa Edad del Individuo	Continua	Escala numérica en años	18-99
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a ello.	Cualitativa	Nominal	Interrogatorio datos sociodemográficos	0=soltero 1=casado 2=unión libre 3=divorciado
Nivel Escolar del padre o tutor	Grados de escolaridad cursada.	Cualitativa	Ordinal	Interrogatorio datos sociodemográficos	0= secundaria 1=bachillerato 3=licenciatura 4=especialidad 5= maestría 6=doctorado
Edad del niño	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa	Continua	Escala numérica en años	6-12 años
Género del niño	Rol social, comportamientos, actividades y atributos que identifican a un individuo como hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Femenino/ Masculino	0 = Hombre 1= Mujer

Enfermedades Médicas Diagnosticadas en el niño	Determinadas de acuerdo al CIE-10	Cualitativa	Nominal	Será obtenida por medio del cuestionario.	Determinados de acuerdo a la CIE-10
Depresión en el Padre	Estado de ánimo depresivo en la mayor parte del día y disminución de interés o placer por hacer actividades acompañado de agitación, fatiga, insomnio/hipersomnio, disminución de concentración, entre otros.	Cualitativa	Ordinal	DASS-21	Normal=0-9 Leve= 10-13 Moderada=14-20 Severa=21-27 Extremadamente severa= >28
Ansiedad en el Padre	Tener difícil control de preocupación, acompañado de ansiedad, nervios, dificultad de concentración, tensión muscular, problemas de sueño y/o irritabilidad.	Cualitativa	Ordinal	DASS-21	Normal= 0-7 Leve= 8-9 Moderada=10-14 Severa= 15-19 Extremadamente severa= >20
Estrés en el Padre	Es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción.	Cualitativa	Ordinal	DASS-21	Normal= 0-14 Leve= 15-18 Moderada= 19-25 Severa= 26-33 Extremadamente severa= >34
Disfunción psicosocial en niños	Definida como un puntaje mayor o igual de 28 en la escala PSC.	Cualitativa	Ordinal	PSC	0= Ausente 1=Presente
Alteración en el sueño	Definida como un puntaje mayor igual a 41 en la escala CSHQ.	Cualitativa	Ordinal	CSHQ	0= Ausente 1= Presente

3.16 Técnicas y análisis estadístico

Se recolectaron las respuestas obtenidas y se realizó una base de datos en Microsoft Excel®. Posteriormente, se analizaron los datos en SPSS versión 20.0.

Se realizó una descripción de las características sociodemográficas de padres utilizando medias y \pm DE para variables cuantitativas y frecuencias para variables cualitativas.

Se realizaron regresiones logísticas binomiales para conocer los efectos de la edad, género, estado civil, nivel educativo, número de hijos, tener hijos con diagnósticos médicos, estado de confinamiento, modalidad de trabajo, diagnóstico positivo de COVID-19, tener hijos con disfunción psicosocial y trastornos del sueño sobre la probabilidad de que los participantes tuvieran depresión, ansiedad y estrés.

Se determinó un valor de $p < 0.05$ para establecer significancia estadística.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Demografía

Un total de 209 de padres contestaron el formulario durante el periodo de febrero a mayo del 2021. Se encontró que los padres que contestaron el formulario, el 87.1% fueron mujeres y 12.9% fueron hombres, con una media de edad de 40.2 años. **Tabla 3.**

De los padres analizados, un 83.8% estaban casados, 9.6% divorciados, 5.7% solteros y 9.6% divorciados. De acuerdo a la escolaridad parental, el 46.4% terminó un estudio profesional, el 43.1% obtuvo un grado de maestría, el 6.7% terminó hasta la preparatoria y el 3.8% un doctorado. **Tabla 3.**

El 52.6% de los padres tenían al menos 2 hijos y el 25.9% con 3 o más hijos. El restante sólo con un hijo (21.1%). La mayoría de los padres tienen un puesto de trabajo siendo un 72.2% del total de los padres participantes. De los cuales, 32.1% de ellos, trabajaban desde casa. **Tabla 3.**

Se preguntó acerca de los cambios drásticos experimentados durante la pandemia en sus actividades y trabajos, de los cuales el 93.3% realizaron el confinamiento y trabajaron desde casa, saliendo únicamente para actividades esenciales como comprar comida y artículos de higiene personal en el supermercado o ir al trabajo presencial. Un 45.9% de los participantes describió que sólo un miembro de la familia sale de casa, mientras los otros miembros de la familia se mantienen en aislamiento en casa. **Tabla 3.**

Un 68.1% de los padres participantes reportaron una dificultad para adaptarse a la nueva rutina de vida modificada en la pandemia. **Tabla 3.**

La edad media de los niños estudiados fue de 8.91 años, siendo mujeres un 54.1% de ellos; un 93.8% de los niños tomaban las clases con la modalidad en casa, la mayoría con un 92.9% por vía internet, seguido de televisión con un 3.8% y en menor porcentaje en modo híbrido en un 1.9%.

Tabla 3.

Algunos niños tenían distintas enfermedades, las que predominaban fueron asma y rinitis alérgica con un porcentaje igual de un 2.4%. Seguido de autismo con un 1.4%, posteriormente de cardiopatía congénita y trastorno de déficit de atención e hiperactividad con un 1%, por último epilepsia con un 0.5%. **Tabla 3.**

Tabla 3. Datos demográficos.

Características demográficas de los padres.	
Género	
Femenino	87.1%
Masculino	12.9%
Edad (años), media (DS)	40.18 (6.54)
Estado civil	
Soltero	5.7%
Casado	83.8%
Divorciado	9.6%
Viudo	1.0%
Escolaridad	
Secundaria	6.7%
Carrera universitaria	46.4%
Maestría	43.1%
Doctorado	3.8%
Número de hijos	
Un hijo	21.1%

Dos hijos	52.6%
Tres o más hijos	25.9%
Ocupación	
Ama de casa	27.8%
Empleado	72.2%
Estado de confinamiento	
Salir de casa sólo por cosas esenciales (compra de supermercado, farmacia, trabajo)	93.3%
Salir de casa regularmente, no sólo para cosas esenciales	6.7%
Modalidad de trabajo durante la pandemia de COVID-19	
Trabajar en casa	32.1%
Asistencia parcial al trabajo (la mayoría de los días trabajar en casa)	17.2%
Asistencia presencial	23%
Casos confirmados de COVID-19 dentro de los miembros de la familia en casa	
Si	35.9%
No	64.4%
Características demográficas de los hijos.	
Género	
Femenino	54.1%
Masculino	45.9%
Edad (años), media (DS)	
	8.91 (2.29)
Diagnóstico médico	
Asma	2.4%
Rinitis alérgica	2.4%
Autismo	1.4%
Cardiopatía congénita	1.0%
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	1.0%
Epilepsia	0.5%
Estado de confinamiento de los hijos	
Si sale de la casa	2.4%
No sale de la casa	97.6%
Modalidad de la escuela	
Plataforma en línea	92.9%
Televisión	3.8%
Asistencia parcial	1.9%
Asistencia presencial	0.5%
Afuera de la escuela	1.0%
Cambio en el uso de dispositivos electrónicos	

Mismo uso	2.9%
Leve incremento de su uso	23.4%
Aumento significativo de su uso	73.2%

4.2 Salud Mental de los Padres

De acuerdo con la escala de DASS-21, el 25.4% de los padres reportaron síntomas de depresión, 35.9% síntomas de ansiedad y en menor medida el 28.2% síntomas de depresión. Cabe recalcar que se encontró que un 28.2% de los padres tenían múltiples síntomas con un 14.3% con dos síntomas y el 13.8% fueron positivos para los tres síntomas (estrés, ansiedad y depresión).

Tabla 4.

4.3 Asociaciones de datos sociodemográficos y características de confinamiento con síntomas de depresión, ansiedad y estrés en los padres

De acuerdo con los resultados, el que los padres estén casados ($p=0.011$, OR 6.571, IC 95% 1.536 a 28.107) y que sus hijos experimenten disfunción psicosocial ($p=0.016$, OR 3.470, IC 95% 1.258 a 9.568) se relacionaban con una alta relación de tener síntomas de estrés. **Tabla 5.**

Estar casados ($p=0.011$ OR= 6.555, IC 95% 1.530 a 28.082) y tener niños con diagnóstico de enfermedades ($p=0.014$, OR=4.879, IC 95% 1.373 a 17.330), disfunción psicosocial ($p=0.001$, OR=6.496, IC 95% 2.146 a 19.663) y alteraciones en el sueño ($p=0.005$, OR 3.721, IC 95% 1.502 a 9.217) se relacionaron con síntomas de depresión. **Tabla 5.**

Dejar la casa sólo para actividades esenciales ($p=0.05$, OR=3.665, IC 95% 0.998 a 13.455) y tener hijos con alteraciones en el sueño ($p=0.001$, OR 3.550, IC 95% 1.720 a 7.328) se asociaron con un aumento de los síntomas de ansiedad. **Tabla 5**

Tabla 4. Resultados de la salud mental de los padres e hijos.

DASS-21 en padres	
Síntomas de depresión, media de puntaje (DS)	25.4 %, 6.69 (6.95)
Severidad de depresión	
Normal	74.6%
Leve	10%
Moderado	8.6%
Severo	4.3%
Extremadamente severo	2.4%
Síntomas de ansiedad, media de puntaje (DS)	35.9%, 6.49 (6.62)
Severidad de ansiedad	
Normal	64.1%
Leve	11.5%
Moderado	15.8%
Severo	2.4%
Extremadamente severo	6.2%
Síntomas de estrés, puntaje medio (DS)	28.2%, 11.78 (7.86)
Severidad de estrés	
Normal	64.1%
Leve	12.4%
Moderado	9.1%
Severo	4.3%
Extremadamente severo	2.4%

Tabla 5. Análisis de regresión logística de las variables de salud en los padres.

Estrés				
Variable	Valor <i>p</i>	Odds Ratio	IC 95% Inferior	Superior
Estar Casado	0.01	6.571	1.536	28.107
Hijo con síntomas de deterioro en salud mental	0.016	3.470	1.258	9.568
Ansiedad				
Variable	Valor <i>p</i>	Odds Ratio	IC 95% Inferior	Superior
Salir de casa solo para actividades esenciales	0.05	3.665	0.998	13.455
Hijo con alteraciones del sueño	0.001	3.550	1.720	7.328
Depresión				
Variable	Valor <i>p</i>	Odds Ratio	IC 95% Inferior	Superior
Estar Casado	0.011	6.555	1.530	28.082
Casos confirmados de COVID-19	0.039	2.225	1.040	4.761
Hijo con diagnóstico médico preexistente	0.014	4.879	1.373	17.330
Hijo con síntomas de deterioro en salud mental	0.001	6.496	2.146	19.663
Hijo con alteraciones del sueño	0.005	3.721	1.502	9.217

Capítulo 5. Análisis y discusión de resultados

De acuerdo con otros estudios, los datos de este estudio apoyan que el confinamiento y el distanciamiento social influyen significativamente en la rutina de las familias y en el estado mental. Los padres que participaron en el estudio no solo experimentaron cambios drásticos en el trabajo y actividades, sino que también experimentaron síntomas de ansiedad, estrés y depresión.

Como un estudio realizado en Canadá en donde se reportó que el 44.3% de los padres analizados con niños menores de 18 años que viven en su casa tienen un deterioro en la salud mental resultado de la pandemia de COVID-19 comparado con el 35.6% que respondieron que no tienen niños viviendo en su casa. Identificando más casos relacionados con el riesgo de la pandemia y vulnerabilidad comparada con aquellos que no tienen niños viviendo en su casa.⁵⁰

Es común que los padres que viven con más de un hijo en casa tengan un menor apoyo por parte de su círculo social, en ellos se reportan unos niveles más elevados de estrés y enojo hacia los hijos, esto debido a las medidas de confinamiento empleadas durante la pandemia.¹⁴

Los resultados están de acuerdo con los reportados por Cusinato et al., 2020, en Italia quien documentó aumento en los niveles de ansiedad en los padres y disminución en los niveles del bienestar y autocontrol percibido, el cual puede conducir a riesgos en el bienestar de los niños.

De acuerdo a Ben Brik et al., 2022, se encontró que la salud mental de los padres es un factor de riesgo de alteración en la función familiar, conducta y salud mental en los niños durante

la pandemia siendo que los niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión en los padres se asociaron a una mayor ansiedad en los niños.⁵¹

Estar casado se asoció con síntomas de estrés y depresión. Esto puede relacionarse a los roles de la vida de casado y posiblemente a la distribución desproporcionada en el cuidado dentro del hogar. De acuerdo con la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE) durante la pandemia de COVID-19, las madres reportaron casi tres veces más que los padres, tener más del trabajo adicional no pagado relacionado con el cierre de las escuelas y experimentaron estrés. También se ha visto que el género femenino representó un factor de riesgo de ansiedad durante la pandemia ya que las madres son las que comúnmente se encargan del cuidado de los hijos y de las actividades domésticas por lo que ellas experimentan más estrés cuando se intenta equilibrar el empleo, responsabilidades de cuidado de los hijos y las actividades en casa, siendo ellas las más vulnerables en este tipo de situaciones.^{37, 52}

Teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes eran madres y casi la mitad de ellas trabajaban desde la casa o con asistencia parcial, es posible que hayan experimentado una carga desproporcionada durante la pandemia ya que las madres con más frecuencia deben gestionar su papel como cuidadoras mientras se les asigna la tarea de la educación de los niños y del manejo de los deberes de su empleo. Además, esto podría interactuar con su satisfacción general con la participación de su pareja como Park et al., 2022, sugiere, al encontrar que las mujeres que reportaron insatisfacción con la participación de su pareja en el cuidado en casa tenían más probabilidad de reportar síntomas depresivos, ya que el trabajo no remunerado, falta de tiempo para el cuidado personal y falta de comunicación entre los padres pueden conducir a angustia emocional.⁵³

Salir de casa solo para actividades esenciales se asoció con padres que experimentan síntomas de ansiedad. Esto coincide con el hallazgo reportado en Italia, donde tras la instalación de las medidas de confinamiento, los participantes estaban experimentando un menor bienestar psicológico, ansiedad y síntomas depresivos, percepción de pérdida de control y menos vitalidad. Esto hace notar la importancia de recursos de soporte positivo en el entorno familiar para reducir el estrés percibido por los padres ante la nueva norma de la escuela a distancia en el contexto de la pandemia.⁵⁴

Se evidenció una asociación entre tener casos confirmados de COVID-19 dentro del hogar y síntomas de depresión. Esto también fue descrito de manera similar por Coelho et al., 2020, y podría estar relacionado tanto con la carga relacionada al evento y por el miedo e incertidumbre sobre la infección.⁵⁵

Por otra parte, tener hijos con algún diagnóstico médico estaba relacionado con que los padres que experimentan síntomas de depresión. Esto coincide con la literatura, que informa que condiciones de salud crónicas en los niños pueden representar un aumento de niveles de estrés en los padres. Como lo reportó Cohn et al., 2020, padres de niños con enfermedades crónicas experimentan más ansiedad y depresión, así mismo en su estudio se detectó que las madres tenían un alto riesgo de enfermedades cardiovasculares cuando tienen niños con enfermedades congénitas.⁵⁶

En el contexto de la pandemia, aquellas condiciones de salud entre los niños que los hace más vulnerables a las consecuencias infecciosas, podrían representar una fuente considerable de preocupación para los padres que pueden conducir a síntomas de depresión y miedo a infección por el virus por el riesgo alto de complicaciones.⁴⁸

Después de estar en confinamiento y tener escuela en línea durante más de un año, el 12% de los niños experimentaron disfunción psicosocial y el 59,8% experimentaron alteraciones del sueño. Además de la relevancia de estos hallazgos por sí solos, se encontró que el bienestar mental de los padres y niños demostraron asociaciones bidireccionales. La depresión y la ansiedad en los padres afectan el funcionamiento psicosocial y sueño en los niños relacionándose con una alteración en el rol parental la cual se relaciona de manera bidireccional con la presencia de estrés, ansiedad y depresión en los padres. Esto sugiere que la intervención en la salud mental del cuidador principal se vuelve importante para los niños con problemas en la salud mental durante la pandemia.⁵⁷

5.1 Limitantes del estudio

El estudio siendo transversal, representa un corto lapso de tiempo de exploración, limitando la posibilidad de tener unas mejores conclusiones que establezca causalidad.

El uso de grupos de Facebook puede contribuir a un sesgo de selección, ya que no incluye a los padres que no tienen redes sociales. También, la invitación abierta para que los padres participen podría haber atraído a más personas preocupadas sobre la salud mental de sí mismos y sus hijos, influyendo así en los síntomas reportados. Finalmente, la muestra del estudio no incluye la representación de los grupos vulnerables dentro de la sociedad, dejando la necesidad de una mayor exploración.

Capítulo 6. Conclusión

El cierre prolongado de las escuelas y el confinamiento durante la pandemia de COVID-19 tienen un impacto notable en el bienestar mental de los padres e hijos. Por lo que existe una necesidad de explorar a largo plazo las consecuencias del confinamiento y establecer estrategias estructuradas para apoyar a las familias y niños con alto riesgo.

Esto toma importancia en la identificación de las personas que tienen un alto riesgo de estrés psicológico durante la pandemia para así ofrecer cuidado de la salud mental realizando estrategias que mejoren la salud mental.

La alteración en la salud mental puede afectar la salud en general siendo uno de los factores para múltiples enfermedades crónicas, por lo que la alteración psicológica causada por la pandemia por COVID-19 no debe de ser ignorada.

Referencias

1. Cucinotta D, Vanelli M, (2020) WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomedica Atenei Parm.* 91(1):157-160. doi:10.23750/abm.v91i1.9397.
2. Choi, Edmond Pui Hang, Bryant Pui Hung Hui, and Eric Yuk Fai Wan. (2020). “Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19.” *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>.
3. Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>.
4. Kandula, U. R., & Wake, A. D. (2022). Magnitude and factors affecting parental stress and effective stress management strategies among family members during COVID-19. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 83–93. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S341299>.
5. Cusinato, M., Iannattone, S., Spoto, A., Poli, M., Moretti, C., Gatta, M., & Miscioscia, M. (2020). Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8297. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228297>.
6. Dillmann, J., Sensoy, Ö., & Schwarzer, G. (2022). Parental perceived stress and its consequences on early social-emotional child development during COVID-19 pandemic. *Journal of Early Childhood Research: ECR*, 1476718X2210834. <https://doi.org/10.1177/1476718x221083423>.
7. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
8. Moitra, M., Santomauro, D., Degenhardt, L., Collins, P. Y., Whiteford, H., Vos, T., & Ferrari, A. (2021). Estimating the risk of suicide associated with mental disorders: A systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 137, 242–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.053>.

9. (2022) Organización Panamericana de la Salud. “El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021.” Recuperado el 12 de agosto, 2022. <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>.
10. Liu CH, Doan SN. (2020) Psychosocial Stress Contagion in Children and Families During the COVID-19 Pandemic: *Clin Pediatr (Phila)*. doi:10.1177/0009922820927044.
11. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:20. doi:10.1186/s13034-020-00329-3.
12. Zajacova, A., Jehn, A., Stackhouse, M., Choi, K. H., Denice, P., Haan, M., & Ramos, H. (2020). Mental health and economic concerns from March to May during the COVID-19 pandemic in Canada: Insights from an analysis of repeated cross-sectional surveys. *SSM - Population Health*, 12(100704), 100704. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100704>.
13. Dawes, J., May, T., McKinlay, A., Fancourt, D., & Burton, A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health and wellbeing of parents with young children: a qualitative interview study. En *bioRxiv. medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.05.13.21256805>.
14. Johnson, M. S., Skjerdingsstad, N., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., & Johnson, S. U. (2022). Parenting in a Pandemic: Parental stress, anxiety and depression among parents during the government-initiated physical distancing measures following the first wave of COVID-19. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 38(4), 637–652. <https://doi.org/10.1002/smi.3120>.
15. Spencer, A. E., Oblath, R., Dayal, R., Loubeau, J. K., Lejeune, J., Sikov, J., Savage, M., Posse, C., Jain, S., Zolli, N., Baul, T. D., Ladino, V., Ji, C., Kabrt, J., Mousad, L., Rabin, M., Murphy, J. M., & Garg, A. (2021). Changes in psychosocial functioning among urban, school-age children during the COVID-19 pandemic. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00419>.
16. Brown, S. M., Doom, J. R., Lechuga-Peña, S., Watamura, S. E., & Koppels, T. (2020). Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 2), 104699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104699>.

17. Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr.* 2016;63(1):403-428. doi:10.1016/j.yapd.2016.04.002
18. Jiao WY, Wang LN, Liu J, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr.* 2020;221:264-266.e1. doi:10.1016/j.jpeds.2020.03.013
19. (2022) Organización Mundial de la Salud. “COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide.” Recuperado el 25 de septiembre del 2022. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
20. (2020) Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. “COVID-19 Map”. Recuperado el 5 de septiembre del 2022. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
21. Jaimes Torres, M.; Aguilera Portillo, M., Cuerdo-Vilches, T., Oteiza, I., Navas-Martín, M.Á. (2021) Habitability, Resilience, and Satisfaction in Mexican Homes to COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6993. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136993>.
22. Azanza Ricardo CL and Hernandez-Vargas EA (2020) Epidemiological Characteristics of COVID-19 in Mexico and the Potential Impact of Lifting Confinement Across Regions. *Front. Phys.* 8:573322. doi: 10.3389/fphy.2020.573322.
23. Wiederhold BK (2020) Children’s Screen Time During the COVID-19 Pandemic: Boundaries and Etiquette. *Cyberpsychology Behav Soc Netw*, 23(6):359-360. doi:10.1089/cyber.2020.29185.bkw.
24. Chen, P., Pusica, Y., Sohaei, D., Prassas, I., & Diamandis, E. (2021). An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. En Preprints. <https://doi.org/10.20944/preprints202103.0217.v1>.
25. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. REPRINT OF: Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 2019;56(6):774-786. doi:10.1016/j.amepre.2019.04.001.
26. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. (2020) Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative

review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14:20. doi:10.1186/s13034-020-00329-3

27. Sartorius, Norman. (2006). "The Meanings of Health and Its Promotion." *Croatian Medical Journal* 47 (4): 662–64.
28. (2022) Organización Mundial de la Salud. "COVID-19 Pandemic Triggers 25% Increase in Prevalence of Anxiety and Depression Worldwide." Recuperado el August 10, 2022. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>.
29. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3).
30. Nejatian, M., Alami, A., Momeniyan, V., Delshad Noghabi, A., & Jafari, A. (2021). Investigating the status of marital burnout and related factors in married women referred to health centers. *BMC Women's Health*, 21(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01172-0>.
31. McGinty, E.E., Presskreischer, R. , Han, H. , Barry, C.L. , (2020). Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA* 324, 93–94.
32. McEwen, Bruce S., and Peter J. Gianaros. (2011). Stress- and Allostasis-Induced Brain Plasticity. *Annual Review of Medicine* 62 (1): 431–45.
33. Lee J, Kim E, Wachholtz A. (2010) The effect of perceived stress on life satisfaction: The mediating effect of self-efficacy. *Chongsonyonghak Yongu*. 23(10):29-47. doi:10.21509/KJYS.2016.10.23.10.29.
34. Díaz-Herrero Á, Nuez AGB de la, Pina JAL, Pérez-López J, Martínez-Fuentes MT (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. *Psicothema*. 22(4):1033-1038.
35. Han JW, Lee H. (2018) Effects of Parenting Stress and Controlling Parenting Attitudes on Problem Behaviors of Preschool Children: Latent Growth Model Analysis. *J Korean Acad Nurs*. 48(1):109-121. doi:10.4040/jkan.2018.48.1.109.
36. Nunes LA, Lemos I, Nunes C. Predictores del estrés parental en madres de familias en riesgo psicosocial. *Univ Psychol*. 2014;13(2):529-539.

37. Le Y, Fredman SJ, Feinberg ME. Parenting Stress Mediates the Association Between Negative Affectivity and Harsh Parenting: A Longitudinal Dyadic Analysis. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc Div* 43. 2017;31(6):679-688. doi:10.1037/fam0000315.
38. Güzelsoy, N., Ravens-Sieberer, U., Westenhöfer, J., Devine, J., Erhart, M., Hölling, H., & Kaman, A. (2022). Risks and resources for depressive symptoms and anxiety in children and adolescents during the COVID-19 pandemic - results of the longitudinal COPSYS study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 901783. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.901783>.
39. Caffo, E., Asta, L., & Scandroglio, F. (2021). Predictors of mental health worsening among children and adolescents during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 624–630. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000747>.
40. Coyne LW, Gould ER, Grimaldi M, Wilson KG, Baffuto G, Biglan A. First Things First: Parent Psychological Flexibility and Self-Compassion During COVID-19. *Behav Anal Pract*. Published online May 6, 2020:1-7. doi:10.1007/s40617-020-00435-w.
41. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, et al. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS ONE* 15(12): e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>.
42. Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., & Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences-results of a representative survey in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>.
43. (2020) Bertrand SL. Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic (v.2). Recuperado el 15 de julio del 2022. <https://alliancecpa.org/en/COVID19>.
44. Raphael JL, Zhang Y, Liu H, Giardino AP. Parenting stress in US families: implications for paediatric healthcare utilization. *Child Care Health Dev*. 2010;36(2):216-224. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.01052.x.
45. Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. (2016) Toxic Stress in Children and Adolescents. *Adv Pediatr*. 2016;63(1):403-428. doi:10.1016/j.yapd.2016.04.002.
46. Robinson, E., Sutin, A. R., Daly, M., & Jones, A. (2022). A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during

the COVID-19 pandemic in 2020. *Journal of Affective Disorders*, 296, 567–576. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.098>.

47. Daza, Patricia, Diane M. Novy, Melinda A. Stanley, and Patricia Averill. (2002). “The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample.” *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 24 (3): 195–205.

48. Owens, J. A., A. Spirito, and M. McGuinn, (2000). “The Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric Properties of a Survey Instrument for School-Aged Children.” *Sleep* 23 (8): 1043–51.

49. Jellinek, M. S., J. M. Murphy, J. Robinson, A. Feins, S. Lamb, and T. Fenton. (1988). “Pediatric Symptom Checklist: Screening School-Age Children for Psychosocial Dysfunction.” *The Journal of Pediatrics* 112 (2): 201–9.

50. Thomson, K. C., Jenkins, E., Gill, R., Richardson, C. G., Gagné Petteni, M., McAuliffe, C., & Gadermann, A. M. (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on family mental health in Canada: Findings from a multi-round cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12080. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212080>.

51. Ben Brik, A., Williams, N., Esteinou, R., Acero, I. D. M., Mesurado, B., Debeliuh, P., Storopoli, J. E., Orellana, O. N., & James, S. L. (2022). Parental mental health and child anxiety during the COVID-19 pandemic in Latin America. *The Journal of Social Issues*. <https://doi.org/10.1111/josi.12523>.

52. Johnson, M. S., Skjerdingsstad, N., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A. & Johnson, S. U. (2021). Parenting in a Pandemic: Parental stress, anxiety and depression among parents during the government-initiated physical distancing measures following the first wave of COVID-19. *Stress and Health*, 38(4), 637- 652. <http://doi.org/10.1002/smi.3120>.

53. Park, M., Jang, J., Joo, H. J., Kim, G. R., & Park, E.-C. (2022). Association between unequal division of caregiving work and South Korean married women’s depressive symptoms. *Frontiers in Public Health*, 10, 739477. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.739477>.

54. Moscardino, U., Dicaldo, R., Roch, M., Carbone, M., & Mammarella, I. C. (2021). Parental stress during COVID-19: A brief report on the role of distance education and family resources in an Italian sample. *Current Psychology (New Brunswick, N.J.)*, 40(11), 5749– 5752. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01454-8>.

55. Coelho, Carlos M., Panrapee Suttiwan, Nikolett Arato, and Andras N. Zsido. (2020). "On the Nature of Fear and Anxiety Triggered by COVID-19." *Frontiers in Psychology* 11 (November): 581314.
56. Cohn, L. N., Pechlivanoglou, P., Lee, Y., Mahant, S., Orkin, J., Marson, A., & Cohen, E. (2020). Health outcomes of parents of children with chronic illness: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 218, 166-177.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.068>.
57. Morelli M, Cattelino E, Baiocco R, Trumello C, Babore A, Candelori C, Chirumbolo A. (2020). Parents and Children During the COVID-19 Lockdown: The Influence of Parenting Distress and Parenting Self-Efficacy on Children's Emotional Well-Being. *Front Psychol*. doi: 10.3389/fpsyg.2020.584645.

Anexos

Formulario “Impacto Psicosocial de la Pandemia de COVID-19 en niños de 6 a 12 años de edad”

1. Datos generales mamá, papá o tutor
 - a. Respuesta abierta
2. ¿Qué edad tiene usted?
 - a. Respuesta abierta
3. ¿Cuál es su género?
 - a. Femenino
 - b. Masculino
4. Estado de la República de residencia en los últimos 10 meses
 - a. Respuesta abierta
5. ¿Cuál es su estado civil?
 - a. Soltero o soltera
 - b. Unión libre
 - c. Casado o casada
 - d. Divorciado o divorciada
6. Nivel escolar
 - a. Secundaria
 - b. Preparatoria/bachillerato
 - c. Licenciatura
 - d. Especialidad
 - e. Maestría
 - f. Doctorado
7. Número de hijos
 - a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4
 - f. 5
8. Rango de edad de sus hijos (puede seleccionar más de 1 rango)
 - a. 0-2 años 11 meses
 - b. 3-5 años 11 meses
 - c. 6-11 años 11 meses
 - d. 12-17 años 11 meses
 - e. Más de 18 años
9. ¿Usted padece o ha padecido algún trastorno de salud mental?
 - a. Depresión
 - b. Ansiedad
 - c. Déficit de Atención e Hiperactividad
 - d. Trastorno Bipolar

- e. Trastorno de la Personalidad
 - f. Ninguno
10. En caso de responder Sí a la pregunta anterior ¿Usted contaba con este diagnóstico previo al inicio de la pandemia de COVID-19?
- a. Si
 - b. No
 - c. No aplica
11. ¿Usted actualmente toma algún medicamento para algún trastorno de salud mental?
- a. Si
 - b. No
12. En caso de responder Sí a la pregunta anterior. ¿Usted tomaba el tratamiento antes del inicio de la contingencia por COVID-19 en México (marzo 2020)?
- a. Si
 - b. No
 - c. No aplica
13. ¿Usted actualmente se encuentra en terapia psicológica?
- a. Si
 - b. No
14. En caso de responder Sí a la pregunta anterior: ¿Usted llevaba este tratamiento antes del inicio de la contingencia por COVID-19 en México (Marzo 2020)?
- a. Si
 - b. No
 - c. No aplica
15. Actualmente en casa se encuentran aún en aislamiento o confinamiento?
- a. Si, totalmente
 - b. Si, de manera parcial (reducimos significativamente las salidas)
 - c. No, tenemos actividad regular
16. En casa ¿Cuántas personas se encuentran saliendo a trabajar?
- a. Respuesta libre
17. ¿Cuál es su dinámica de actividad actual?
- a. Es ama o amo de casa
 - b. Está trabajando desde casa
 - c. Está saliendo a trabajar algunos días
 - d. Está saliendo a trabajar diario
18. ¿Ha encontrado complicado combinar su actividad laboral con el cuidado de sus hija(s) o hijo(s)?
- a. Si
 - b. No
 - c. No aplica
19. ¿Ha cambiado la cantidad de tiempo que pasa con su hijo o hija desde que inició la cuarentena?
- a. No se ha modificado
 - b. Ha aumentado la cantidad de tiempo
 - c. Ha disminuido la cantidad de tiempo
20. En casa ¿Han habido casos confirmados de COVID-19?
- a. Si

- b. No
21. En caso de responder Sí ¿Cuántos casos confirmados de COVID-19 se han presentado?
- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5 o más
 - No aplica
22. ¿En casa han sufrido alguna pérdida personal (fallecimiento de familiares o amigos) a causa de enfermedad o complicaciones relacionadas a COVID-19?
- Si
 - No

23. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) –Mamá, papá o tutor.
Por favor lea cada afirmación y seleccione el número (0, 1, 2 o 3) que indique cuánto de esa afirmación se aplica a su caso durante el ÚLTIMO MES. No existen respuestas correctas o incorrectas.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 No se aplica a mí en absoluto. NUNCA (N)

1 Se aplica a mí en algún grado o parte del tiempo. A VECES (AV)

2 Se aplica a mí en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo. A MENUDO (AM)

3 Se aplica a mí, mucho. CASI SIEMPRE (CS)

EN EL ÚLTIMO MES				
Ítem	N	AV	AM	CS
1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3

11. Noté que me agitaba	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba a punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

24. A partir de esta pregunta responderá basándose en su hijo o hija en un rango de edad de 6 a 12 años (en caso de tener más de un hijo en ese rango de edad, sólo responder sobre un hijo/a)

25. ¿Qué edad tiene su hijo (a)?

- a. 6
- b. 7
- c. 8
- d. 9
- e. 10
- f. 11
- g. 12

26. ¿Cuál es el género de su hijo o hija?

- a. Femenino
- b. Masculino

27. ¿Su hijo o hija tiene alguna enfermedad diagnosticada por algún médico?

- a. Si
- b. No

28. ¿Su hijo o hija tiene alguna enfermedad diagnosticada por algún médico?

- a. Si
- b. No

29. En caso de responder Si, favor de especificar qué enfermedad

Respuesta abierta:

30. ¿Su hijo tiene algún diagnóstico de trastornos del sueño?

- a. Si

- b. No
- 31. En caso de haber respondido que Sí, favor de especificar la enfermedad a continuación:
 - a. Respuesta abierta
- 32. ¿Su hijo emplea algún medicamento para dormir?
 - a. Si
 - b. No
- 33. En caso de haber respondido que Sí, favor de especificar a continuación:
 - a. Respuesta abierta
- 34. ¿Su hijo tiene diagnóstico de alguna enfermedad neurológica o de la salud?
 - a. Si
 - b. No
- 35. En caso de que su hijo tenga alguna enfermedad neurológica o de la salud, favor de especificarla a continuación:
Respuesta abierta
- 36. ¿Cómo es la dinámica escolar de su hijo en este momento?
 - a. Clases en línea por zoom u otra plataforma electrónica
 - b. Clases por televisión
 - c. No está tomando clases
- 37. Las siguientes preguntas están relacionadas con las costumbres de sueño de su hijo/a y sus posibles dificultades. Trate de recordar lo sucedido en la última semana para contestar estas preguntas. Si en esa semana hubiera habido alguna circunstancia que pudiera alterar el sueño (enfermedades, viajes, etc.) conteste la encuesta pensando en una semana habitual. Responda USUALMENTE si algo ocurre 5 o más días por semana; responda ALGUNAS VECES si ocurre 2-4 veces por semana; responda RARA VEZ si no ocurre nunca o 1 vez a la semana.
- 38. Hora de ir a la cama
 - a. Respuesta abierta
- 39. Escriba la hora en la que el niño o niña va a la cama
 - a. Respuesta abierta
- 40. El niño o niña va a dormir a la misma hora todas las noches
 - a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0-1 días a la semana)
- 41. El niño o niña se duerme dentro de los 20 minutos después de ir a la cama
 - a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
- 42. El niño o niña se duerme en su cama
 - a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
- 43. El niño o niña se duerme en la cama de algún hermano.
 - a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
- 44. El niño o niña necesita de la presencia de los padres en la habitación para dormirse

- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
45. El niño o niña hace resistencia a la hora de dormir (llora, rechaza estar en la cama)
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
46. El niño o niña teme dormir en la oscuridad.
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
47. El niño o niña teme dormir solo o sola
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
48. Escriba la cantidad de horas de sueño por día (combinando siestas y sueño nocturno)
Coloque horas y minutos:
- a. Respuesta abierta
49. El niño o niña duerme muy poco
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
50. El niño o niña duerme la cantidad correcta
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
51. El niño o niña duerme la misma cantidad cada día
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
52. El niño o niña se orina en la cama por la noche
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
53. El niño o niña habla durante el sueño
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
54. El niño o niña es inquieto y se mueve mucho durante el sueño
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)
55. El niño o niña camina durante la noche
- a. Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - b. Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - c. Rara vez (0 – 1 días a la semana)

56. El niño o niña se cambia a la cama de otra persona durante la noche (padres, hermanos)
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
57. El niño o niña rechina los dientes durante el sueño (su dentista puede habérselo dicho)
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
58. El niño o niña ronca fuerte
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
59. El niño o niña parece detener la respiración durante el sueño
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
60. El niño o niña parece que se ahoga durante el sueño
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
 - El niño o niña tiene problemas para dormir fuera de casa (vacaciones, visita familiares, etc)
Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
61. El niño o niña se despierta durante la noche gritando, sudando y sin consuelo
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
62. El niño o niña se despierta alarmado por un sueño aterrador (pesadilla)
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
63. El niño o niña se despierta una vez durante la noche
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
64. El niño o niña se despierta más de una vez durante la noche
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
65. Escriba el número de minutos que frecuentemente dura un despertar durante la noche
Respuesta abierta
66. Escriba la hora del día en el que el niño o niña frecuentemente despierta en la mañana
Respuesta abierta

67. El niño o niña despierta por sí solo
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
68. El niño o niña despierta mal de carácter, disgustado
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
69. El niño o niña es despertado por adultos u otros hermanos
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
70. El niño o niña tiene dificultades para salir de la cama en la mañana
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
71. El niño o niña demora mucho tiempo para estar alerta en la mañana
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
72. El niño o niña se ve cansado durante el día
- Usualmente (5 – 7 días a la semana)
 - Algunas veces (2 – 4 días a la semana)
 - Rara vez (0 – 1 días a la semana)
73. Durante la semana pasada, marque si su niño o niña pareció dormido o somnoliento durante las siguientes actividades:

	Despierto	Dormido	Somnoliento
Viendo la TV			
Paseando en un carro			

74. Listado de Síntomas Pediátricos (PSC)

Por favor lea cada afirmación y seleccione un número 0, 1 o 2 que indique cuanto de esa afirmación se aplica al caso de su hijo o hija durante el ÚLTIMO MES. No existen respuestas correctas o incorrectas.

La escala a utilizar es como se presenta a continuación:

0 No se aplica a mi hijo en absoluto. NUNCA

1 Se aplica a mi hijo en algún grado o parte del tiempo. A VECES

2 Se aplica a mi hijo en un grado considerable, o en una buena parte del tiempo.

SEGUIDO

Ítem	0	1	2
1. Se queja de dolores y malestares	0	1	2
2. Pasa mucho tiempo solo	0	1	2
3. Se cansa fácilmente, tiene poca energía	0	1	2
4. Es inquieto	0	1	2

5. Tiene problemas con maestros	0	1	2
6. Menos interesado (a) en la escuela	0	1	2
7. Es muy activo(a), tiene mucha energía	0	1	2
8. Es muy soñador	0	1	2
9. Se distrae fácilmente	0	1	2
10. Temeroso(a) a nuevas situaciones	0	1	2
11. Se siente triste, infeliz	0	1	2
12. Es irritable, enojón	0	1	2
13. Se siente sin esperanzas	0	1	2
14. Tiene problemas para concentrarse	0	1	2
15. Está menos interesado(a) en sus amistades	0	1	2
16. Pelea con otros niños(as)	0	1	2
17. Se ausenta de la escuela	0	1	2
18. Sus notas escolares están bajando	0	1	2
19. Se critica a sí mismo(a)	0	1	2
20. Visita al doctor y el doctor no le encuentra nada malo	0	1	2
21. Tiene problemas para dormir	0	1	2
22. Se preocupa mucho	0	1	2
23. Quiere estar con usted más que antes	0	1	2
24. Se siente que él/ella es malo(a)	0	1	2
25. Toma riesgos innecesarios	0	1	2
26. Se lastima fácilmente/frecuentemente	0	1	2
27. Parece divertirse menos	0	1	2
28. Actúa más chico que niños de su propia edad	0	1	2
29. No obedece reglas	0	1	2
30. No demuestra sus sentimientos	0	1	2
31. No comprende los sentimientos de otros	0	1	2

32. Molesta a otros	0	1	2
33. Culpa a otros por sus problemas	0	1	2
34. Toma cosas que no le pertenecen	0	1	2
35. Se rehusa a compartir	0	1	2

Listado de abreviaturas

Las siguientes abreviaturas o términos son utilizados dentro del protocolo:

Abreviatura	Explicación
Dra.	Doctora
Dr.	Doctor
N.L.	Nuevo León
OMS	Organización Mundial de la Salud
SARS-CoV-2	Coronavirus tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo severo
SSNL	Secretaría de Salud de Nuevo León
COVID-19	Enfermedad por coronavirus
DASS-21	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21
PSC	Listado de Verificación de Síntomas Pediátricos
CSHQ	Cuestionario de Hábitos de Sueño Infantil

Curriculum Vitae

A. DATOS GENERALES:

-**Apellido paterno / Apellido materno / Nombre:** Salinas Silva Cynthia Anahí

-

.

-**Lugar de nacimiento y fecha de nacimiento:** Monterrey, Nuevo León. El 11 de abril de

1993.

-**Sexo:** Femenino

-**Edad:** 29 años

-**Nacionalidad:** Mexicana.

-

B. FORMACIÓN ACADÉMICA:

-**Universidad de procedencia:** Universidad Autónoma de Nuevo León

-**Generación:** 2012 – 2018

-**Promedio de la carrera:** 90.4

-Lugar de realización del servicio social: Servicio de Hematología en el Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

-Modalidad de titulación: CENEVAL y promedio de carrera

C. EXPERIENCIA ACADÉMICA EN LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN:

- Instructora del Departamento de Patología Clínica en la Universidad Autónoma de Nuevo León (2015-2017).

D. TRABAJOS DESEMPEÑADOS O PUBLICADOS:

1. Rojas, Daniela León, Fabiola Castorena Torres, Bárbara M. Garza-Ornelas, Angie Milady Castillo Tarquino, Cynthia Anahí Salinas Silva, José Luis Almanza Chanona, and Julieta Rodríguez-de-Ita. (2022). “Parents and School-Aged Children’s Mental Well-Being after Prolonged School Closures and Confinement during the COVID-19 Pandemic in Mexico: A Cross-Sectional Online Survey Study.” *BMJ Paediatrics Open* 6 (1): e001468.

2. Villarreal-Martínez, Laura, Laura Elia Martínez-Garza, Iram Pablo Rodríguez-Sánchez, Neri Álvarez-Villalobos, Fernando Guzmán-Gallardo, Sulia Pope-Salazar, Cynthia Salinas-Silva, et al. (2022). “Correlation Between CD133+ Stem Cells and Clinical Improvement in Patients with Autism Spectrum Disorders Treated with Intrathecal Bone Marrow-Derived Mononuclear Cells.” *Innovations in Clinical Neuroscience* 19 (4-6): 78–86.

3. Salinas Silva, Cynthia A., and Sara E. Ortega Alonzo. (2021). “50 Years Ago in The Journal of Pediatrics: Therapy of Hemolytic Uremic Syndrome, a 50-Year Update.” *The Journal of Pediatrics* 230 (March): 160.

4. Sánchez-Espino, Luis F., and Cynthia A. Salinas-Silva. 2020. "50 Years Ago in The Journal of Pediatrics: Throat Cultures, An Unmodified Practice throughout the Years." *The Journal of Pediatrics* 219 (April): 187.

5. Villarreal-Martínez, Laura, and Cynthia A. Salinas-Silva. (2021). "Simplifying the Diagnosis of Hemophilia." *Medicina Universitaria* 20 (3). <https://doi.org/10.24875/rmu.m18000024>.

E. DISTINCIONES ACADÉMICAS:

-Subjefa de residentes de Pediatría del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey.

-Segundo lugar de la generación de Médico Cirujano y Partero en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

F. DIFUSIÓN Y EXTENSIÓN DE LA CIENCIA Y LA CULTURA:

-Presentación de trabajo libre con el título "Hepatitis y colecistitis aguda alitiásica por virus de Epstein-Barr en la adolescencia: Reporte de un caso" en el 38° Congreso Nacional de Pediatría de la Asociación Mexicana de Pediatría en el 2021.

- Participación con el trabajo en presentación en Cartel "Inducción a la tolerancia inmune en pacientes hemofílicos con inhibidores: experiencia de su eficacia en nuestro medio" en el LIX Congreso Nacional de Hematología por la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. Abril 2018, Nuevo Vallarta, México.

- Participación con el trabajo en presentación en Cartel “Bullying en niños con leucemia linfoblástica aguda. Resultados preliminares” en el LIX Congreso Nacional de Hematología por la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. Abril 2018, Nuevo Vallarta, México.

G. ASISTENCIA A CURSOS, CONGRESOS Y REUNIONES ACADÉMICAS:

- Asistencia a VI Jornadas de Actualización de Pediatría del Hospital Regional Materno Infantil y Asociación de Pediatras del HMI A. C. Septiembre 2019, Monterrey, N.L.

- Asistencia al “Simposio Generalidades de Hemofilia”. Abril 2018, Monterrey, N.L.

- Asistencia al LIX Congreso Nacional de Hematología por la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. Abril 2018, Nuevo Vallarta, México.

- Asistencia al “Simposio Evidencias Recientes en el Tratamiento del Asma”. Febrero 2017, Monterrey, N.L.

- Asistencia al Simposio “Tópicos Selectos en Cardiología Pediátrica” en el XXVIII Congreso Nacional de Investigación en Medicina. Octubre 2015, Monterrey, N.L.

-Miembro del Comité Organizador del Simposio “Actualización en Clínica Pediátrica: Pequeñas Personas, Grandes Pacientes”. Febrero 2015, Monterrey, N.L.

- Miembro del Comité Organizador del Simposio “Defectos Congénitos”. Mayo 2014, Monterrey, N.L.

H. DOMINIO DE LENGUAS EXTRANJERAS:

- **Idioma:** Inglés

Escritura: 80%

Lectura: 90%

Conversación: 80%