



GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO  
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO  
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
PEDIATRIA**

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS MEXICANOS DURANTE EL  
CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID19”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA**

**PRESENTADO POR  
ITZEL JAZMIN PEREZ DANIEL**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA**

**DIRECTOR DE TESIS  
DIANA ELIZABETH TREVIÑO VALDEZ**

**CIUDAD DE MÉXICO - 2021 -**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.





GOBIERNO DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO  
CIUDAD INNOVADORA Y DE DERECHOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO  
DIRECCION DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
PEDIATRIA**

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS MEXICANOS DURANTE EL  
CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID19”**

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA**

**PRESENTADO POR  
ITZEL JAZMIN PEREZ DANIEL**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRIA**

**DIRECTOR DE TESIS  
DIANA ELIZABETH TREVIÑO VALDEZ**

**- 2021 -**

**“Calidad de vida de los niños mexicanos durante el confinamiento por la pandemia COVID19”**


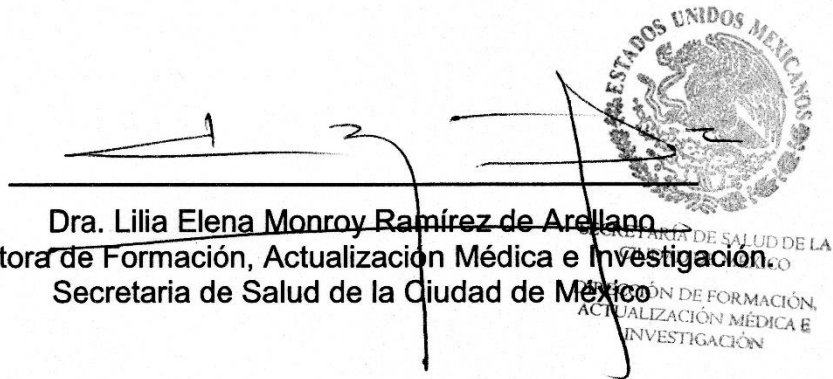
**Médico Residente de Pediatría Itzel Jazmin Pérez Daniel**

Vo. Bo.



**Dr. Luis Ramiro García López**  
Profesor titular del curso de especialización en Pediatría

Vo. Bo.



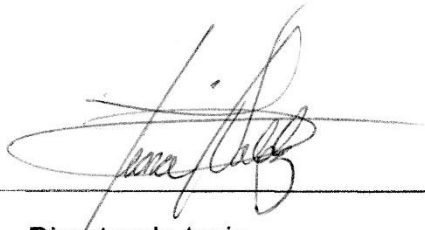
**Dra. Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano**  
Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,  
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E  
INVESTIGACIÓN

**"Calidad de vida de los niños mexicanos durante el confinamiento por la pandemia  
COVID19"**

**Itzel Jazmin Pérez Daniel**

**Vo. Bo.**



---

**Director de tesis**

**Dra. Diana Elizabeth Treviño Valdez**

**Médico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Pediátrico  
Coyoacán**

## Agradecimientos

Me van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado durante mi posgrado, sin embargo merecen reconocimiento especial mi Madre y mi Padre, mis hermanas y mi pareja, que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi especialidad y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mis padres quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades.

A mis hermanas, las gemelas, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, por sus palabras de aliento y su apoyo. Gracias por las palabras me hacían sentir orgullosa de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojala algún día yo me convierta en su fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino.

No tengo palabras para agradecerle a mi pareja, las incontables veces que me ha brindado su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, unas buenas, otras malas, otras locas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas mis amigas, por apoyarme cuando más las necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias hermanitas, siempre las llevo en mi corazón.

## Índice

1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	3
3. Marco teórico	
- Primeras referencias.....	5
- Antecedentes.....	9
- Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia.....	11
- KIDSCREEN.....	17
- Pandemias.....	18
- Y en México, ¿Qué se ha hecho?.....	31
4. Planteamiento del problema.....	33
5. Justificación.....	33
6. Hipótesis.....	35
7. Objetivo general y objetivos específicos.....	35
8. Metodología	
- Tipo de estudio.....	37
- Población de estudio.....	37
- Muestra.....	38
- Variables.....	38
- Análisis estadísticos de los datos.....	38
9. Resultados.....	39
10. Discusión.....	61
11. Conclusiones.....	64
12. Recomendaciones.....	66
13. Implicaciones éticas.....	67
14. Referencias bibliográficas.....	68
15. Anexo I.....	71



## 1. Resumen

### Introducción

La calidad de vida es un concepto multidimensional, multidisciplinar, con indicadores objetivos y subjetivos que expresan algo más que el bienestar físico o personal. El concepto actual de calidad de vida se relaciona con el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud bienestar físico, mental y social que considera la percepción personal del individuo sobre su salud atendiendo a sus exigencias culturales, sistemas de valores, metas, expectativas y preocupaciones.

Mientras centramos toda nuestra atención en encontrar el modo de evitar o tratar esta patología, estamos dejando a un lado consecuencias que sufren nuestros niños mexicanos ante el estrés y el aislamiento que se está viviendo en nuestro país, repercusiones a las que tendremos que hacer frente.

### Material y métodos

El estudio se realizó del 15 de abril al 30 de mayo del 2020, teniendo un periodo de confinamiento los niños y jóvenes entre 30 y 60 días, se utilizó método descriptivo de corte transversal, por medio de una encuesta basada en el cuestionario Kidscreen 52. El diseño de la investigación es de naturaleza no experimental, descriptiva y observacional. Los resultados se expresaron en porcentajes, las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) se evaluaron a través de los análisis de T student y Chi cuadrada utilizando el software GraphPad Prism 7.0.

## Resultados

Dentro de los resultados que obtuvimos más del 53% de las madres y padres alcanzó estudios de licenciatura y posgrado, por lo que podemos inferir que su nivel socioeconómico es medio o alto y se observó que el 51% de los niños que respondieron a la encuesta asistían a escuelas privadas.

Se cuenta con el resultado un tanto alarmante que el 4% no continuaba con educación, contra el 91% que continuo con clases en línea, al igual que un 80% refiere que ya quiere regresar a la escuela sin embargo el 85% de los encuestados no suele poner atención a todas las clases, al retornar a la “nueva normalidad” será un nuevo desafío para las escuelas.

## Conclusiones

Iniciando por la salud meramente física cabe mencionar que se pudo confirmar la influencia que tienen las redes sociales y dispositivos electrónicos para mantener comunicadas a las personas y que las alienta a mantenerse anímicamente positivas, pero también se observó que los niños comienzan a adoptar actividades sedentarias.

Palabras clave: calidad de vida, confinamiento, COVID19, niños.

## 2. Introducción

Entre mucho de los problemas que presenta la sociedad mexicana, el tema de las condiciones en que miles de niños subsisten con alta vulnerabilidad, precariedad y explotación, muy distante de lo que se presentan en los medios, debe ser de la mayor prioridad, no solo porque se incumple con los mandatos internacionales o con los organismos y acuerdos internacionales de los que México forma parte, sino principalmente porque en ellos se juega el futuro de la nación.

La calidad de vida es un concepto multidimensional, multidisciplinar, con indicadores objetivos y subjetivos que expresan algo más que el bienestar físico o personal. El concepto actual de calidad de vida se relaciona con el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud bienestar físico, mental y social que considera la percepción personal del individuo sobre su salud atendiendo a sus exigencias culturales, sistemas de valores, metas, expectativas y preocupaciones.

El campo de la calidad de vida se ha desarrollado rápidamente en los últimos años, especialmente en lo que se refiere a los métodos de evaluación e implementación de programas de cuidado de la salud, pero la mayoría de estos estudios, se refieren a adultos y no ofrecen muchos detalles sobre la vida de los infantes.

Este trabajo ofrece un panorama sobre la situación y condiciones de vida de los niños en México durante la pandemia en el periodo del 1 de abril al 30 de mayo del 2020, resultado de un ejercicio, donde los niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad resolvieron una encuesta, ya que en estos momentos, el mundo está unido en una batalla común contra un virus, coronavirus COVID 19. Mientras centramos toda nuestra atención en encontrar el modo de evitar o tratar esta patología, estamos dejando a un lado consecuencias que sufren nuestros niños mexicanos ante el estrés y el aislamiento que se está viviendo en nuestro país, repercusiones a las que tendremos que hacer frente.

Además, se analiza el estado de bienestar de los niños desde los ámbitos más relevantes y que tienen un impacto en sus vidas, tales como salud, nutrición, educación, protección y seguridad, entre otros. Este estudio busca generar discusión y consciencia sobre las tareas pendientes para reducir las brechas existentes y asegurar que los programas y servicios que reciben sean suficientes y de calidad.

El propósito fundamental es apuntar ciertas directrices para que puedan consolidarse y ampliarse. Tratamos de aportar ideas conscientes, apegadas a nuestra realidad política, social, económica y cultural, pero, sobre todo, apegadas a la realidad de nuestro país.

### 3. Marco teórico

#### Primeras referencias

Durante la alta edad media a partir del siglo V al X, se presenta un aumento en las tasas de mortalidad, tanto infantil como adulta, por lo que se favorecía la procreación.

El infanticidio, durante la primera mitad del siglo XIX, continuó siendo una práctica, aunque ahora reservada a las clases marginadas. Los avances en medicina, en particular el descubrimiento de las fiebres puerperales y el control de las infecciones, aumentan la probabilidad de supervivencia tanto de la madre como del recién nacido.

En las ciudades hay una actitud que reprueba el castigo corporal y lo sustituye con otras sanciones: se empleaban como métodos coactivos los relacionados con alimentos, por ejemplo, no permitirles expresar una preferencia, obligarlos a comer lo que se les ponía delante o forzarlos a ver comer a otros sin probar bocado. El castigo psicológico también era habitual: tarjetas ofensivas, orejas de burro, privación de muestras de afecto, encierro en lugares oscuros, entre otros. En las zonas rurales, los golpes siguen siendo de uso común como método educativo, se relaciona la virilidad con la violencia física.

El siglo XX es considerado por algunos autores como el siglo del niño, pues se basa en la idea de que el niño sabe mejor que el padre lo que necesita en cada etapa de su vida e implica la plena participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes. Los derechos de las niñas y los niños en el ámbito internacional, con especial atención al Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos.

Se continúan con las investigaciones en todos los campos de la infancia, la tasa de mortalidad infantil se reduce drásticamente gracias a la mejora de higiene, a los avances en medicina preventiva y curativa, así como a la atención de los servicios públicos. Las distintas corrientes de la psicología también hacen objeto de su estudio al niño, en un primer momento con el fin de estudiar las consecuencias en la vida adulta y más tarde con el interés centrado en el conocimiento de la niñez como etapa independiente y para conocer sus características y necesidades particulares.

A lo largo del siglo XX se intensifica la creación de leyes para la infancia, tanto en el derecho interno de muchos países como a nivel internacional, pues los estudios sobre la niñez y las situaciones sociales, consecuencia, entre otras cosas, de las dos guerras mundiales, hicieron patente la necesidad de protección.

Los primeros esfuerzos a nivel internacional para lograr el reconocimiento de derechos propios de niñas y niños y su respectiva protección jurídica se llevaron a cabo en la Declaración de Ginebra de 1924, cuya aprobación constituye un avance desde el punto de vista jurídico, pues hasta ese momento no había ningún acuerdo concreto entre los distintos estados que considerara como un tema central el brindar protección especial a las niñas y los niños. Años después en 1946, la Organización de las Naciones Unidas crea el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con el objetivo de auxiliar a los niños víctimas de guerra, que se convertiría en 1953 en un organismo permanente de atención a la infancia. En 1959 se aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño

formulada por diez principios con carácter proteccionista que imponían obligaciones a las personas e instituciones. Esta situación se prolongó durante casi todo el siglo XX, hasta que finalmente en 1989, la comunidad internacional, tras años de discusión, firma la Convención sobre los Derechos del Niño, en la que se reconoce la dignidad del niño, sus necesidades y se le considera sujeto de derechos. Este instrumento establece como consideración primordial el “interés superior del niño”, con lo que sale de la esfera de inmunidad de padre y es sujeto por derecho propio.

El bienestar infantil depende de un conjunto de dimensiones que afectan no sólo al desarrollo y la calidad de la vida inmediata de los niños sino también su potencial en términos de desarrollo humano.

El desarrollo, característica biológica esencial del niño, resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. Desde el ambiente, los alimentos aportan básicamente la energía para las funciones orgánicas y los materiales plásticos para el crecimiento y remodelación corporal. La serie de fenómenos por los cuales el organismo utiliza los alimentos que ingiere se denomina proceso de nutrición. Este proceso es el que determina el estado de nutrición como resultante del balance entre el ingreso y el consumo de nutrientes. La nutrición es por tanto el factor ambiental que más va a condicionar la expresión del potencial genético y la adquisición del tamaño adulto definitivo.

En una situación aguda de desnutrición, inicialmente detendrá la ganancia ponderal, manteniendo la velocidad de crecimiento. Si el proceso continúa, perderá peso como

consecuencia de la movilización de sus reservas de energía (grasa) y de estructuras de función alternativa (músculo). La evolución hacia la cronicidad estará determinada por la detención del crecimiento. Desde el otro extremo, la sobre nutrición obedece a la incorporación de energía por encima de las necesidades funcionales. Independientemente de que ésta proceda de la ingesta excesiva de grasa, carbohidratos o proteína, el exceso de energía se almacenará en forma de grasa, conduciendo a la Obesidad. Dos extremos que lamentablemente se viven en nuestro país.

El bienestar se puede entender como la posesión de ciertas condiciones materiales positivas, como vivienda, educación y atención sanitaria, a lo cual se le ha llamado "bienestar objetivo". Sin embargo, intuitivamente, es claro que lo que entendemos por "bienestar" va mucho más allá de lo que se posee al contar con riqueza material y ausencia de enfermedades.

El bienestar también está relacionado con la percepción que tiene el individuo sobre su propia vida. En este sentido, hay dos concepciones filosóficas del "bienestar subjetivo"; la primera, la hedonista, comprende a su vez dos aspectos: el cognitivo y el afectivo. El bienestar cognitivo se refiere al grado de satisfacción del individuo con sus condiciones de vida. El bienestar afectivo, por su parte, se refiere al predominio de los afectos positivos, como la alegría y la tranquilidad, sobre los afectos negativos, como la tristeza y el enojo.



## Antecedentes

Durante largo tiempo, la atención en el estudio de la Calidad de Vida se ha centrado en el adulto. Según el estudio Verdugo y Sabeh <sup>1</sup>, la revisión sistemática de la literatura desde 1985 hasta 1999 refleja una escasez de estudios centrados en la infancia. Los planteamientos teóricos sólidos son pocos, con lo que tampoco encontramos instrumentos de evaluación apropiados. Hasta ahora, las medidas de bienestar sólo habían tenido como unidad de análisis a la madre o la familia, sin incluir las percepciones subjetivas ni las experiencias del propio niño, dado que las respuestas de los niños eran consideradas como poco fiables.

Algunos autores consideran que los auto-cuestionarios son la medida más adecuada para medir la calidad de vida en adultos, y también lo son en los niños, mediante adaptaciones del material y de los procedimientos de administración.

La calidad de vida es un aspecto fundamental en la práctica pediátrica. Las medidas de calidad de vida pueden ser usadas en la rutina de revisiones o simplemente para entender la perspectiva de los niños. En ocasiones pueden ayudar a decidir acerca del racionamiento de ayudas e incluso puede considerarse en la toma de decisiones acerca de la aplicación de tratamientos médicos.

En la actualidad aún no contamos con modelos conceptuales bien estructurados y fundamentados, pero si existe consenso en no trasladar la visión del adulto al niño, pues sus percepciones pueden no coincidir.

No ha sido hasta la actualidad cuando ha surgido una necesidad de desarrollar instrumentos de medida en la población infantil, que valoren el bienestar percibido por ellos, y que reflejen la realidad, tanto de los niños de la población general, como de aquellos que se encuentran en situaciones especiales debidas a problemas de salud, discapacidad, trastornos de conducta, dificultades escolares, problemas familiares o problemas sociales. La mayoría de las investigaciones existentes en la literatura analizan poblaciones con enfermedades graves o crónicas, como asma, epilepsia o cáncer, dado que los niños con una enfermedad crónica o problemas de salud se encuentran con más limitaciones en su vida diaria, que pueden afectar al desarrollo de sus actividades, bienestar emocional y satisfacción con la vida.

La percepción de la calidad de vida infantil comprende las siguientes dimensiones:

1. Bienestar emocional (estados emocionales, satisfacción con la vida, visión de futuro, autoestima).
2. Bienestar físico (estado de salud física, acceso y satisfacción con la asistencia sanitaria).
3. Relaciones interpersonales (afecto, interacción, comunicación, aceptación, relaciones de amistad, compañerismo, relaciones con los maestros).
4. Desarrollo personal y actividades (desarrollo de las actividades escolares, percepción de habilidades cognitivas, experiencias de ocio y tiempo libre, autodeterminación).

5. Bienestar material (posesiones materiales, características físicas de los ambientes en los que se desenvuelve, nivel socioeconómico).

La percepción subjetiva y las condiciones objetivas se inscriben en un marco de bienestar familiar. El bienestar subjetivo del niño y de la familia se vincula tanto a sus valores, como a los valores que la sociedad a la que pertenecen relaciona con la buena vida. De acuerdo con esto, se comprenden como garantías de una vida de calidad, el bienestar social y los derechos del niño y de su familia. Según el estudio realizado por Córdoba y Verdugo <sup>2</sup>, en la familia, de igual manera que en el individuo, el concepto de calidad de vida se basa en dos premisas; se trata de un constructo multidimensional, en el que las dimensiones centrales interrelacionan, y se incluyen aspectos subjetivos (familia, experiencias y cultura familiar) así como aspectos objetivos (ingresos, vivienda o salud).

Se puede entender que la calidad de vida de un individuo está directamente ligada a la de su familia. Esto se refleja en varias de las dimensiones centrales del concepto de calidad de vida centrado en la familia. Al mismo tiempo, se deben considerar las interpretaciones de cada uno de los miembros del sistema sobre la calidad de vida, en los esfuerzos para atenderle.

#### Calidad de vida relacionada con la salud en la infancia

Los avances en el campo de la medicina del siglo XX y principios del siglo XXI han permitido alargar la vida de manera notable, pero al mismo tiempo han generado un

conflicto entre cantidad y calidad de vida. Las enfermedades crónicas, han contribuido a que la evaluación de la calidad de vida haya ido tomando protagonismo, no sólo como reflejo de la salud del paciente, sino también como método para demostrar los resultados de un tratamiento y el bienestar experimentado a lo largo de los años de vida. En este contexto surge el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), así como instrumentos destinados a la medida de este. Esta medición resulta especialmente interesante por su capacidad para captar la multidimensionalidad de la salud.

La medida de la calidad de vida relacionada con la salud va más allá de la medición de dominios de la vida que se recogen en la calidad de vida, sino que refleja aspectos de la vida y de las actividades, influenciadas por las condiciones de salud o por los servicios. Igual que en el caso de la medición de la calidad de vida en la infancia, dentro del campo de la calidad de vida relacionada con la salud encontramos estudios recientes, como el de Hong <sup>3</sup>, que demuestran que niños y adolescentes son capaces de responder a los cuestionarios de calidad de vida adecuadamente.

En cuanto a los niños, su desarrollo emocional, su capacidad cognitiva, y su destreza lectora se tienen en cuenta coincidiendo con la idea de salud de la Organización Mundial de la Salud y su definición del concepto de calidad de vida y su estudio que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto subjetivo y multidimensional, en el que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que se percibe dentro de un sistema de valores, expectativas, objetivos y preocupaciones.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud se refiere a los diversos aspectos de la vida de una persona, los cuales se ven afectados por cambios en el estado de salud. Volviendo al estudio del concepto de calidad de vida, nos encontramos con que este se puede interpretar desde una perspectiva relacionada con la salud o la enfermedad, pudiéndose utilizar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, o bien reconocer que el concepto de calidad de vida es un concepto global, en el que encontramos diversos factores, entre los cuales se encuentra la salud.

Se ha notado que en el campo infantil, en las dos últimas décadas, que la calidad de vida relacionada con la salud ha experimentado un considerable desarrollo, dando pie a la creación de instrumentos de medida para ello, entre los más utilizados el cuestionario Kidscreen (The Kidscreen Group Europe, 2001-2004), el Pediatric Quality of Life inventory (PedsQLTM), (Varni, 1998), (Varni, Seid, & Rode, 1999) o el KINDLR (Ravens-Sieberer & Bullinger, 1998) <sup>4,5</sup>.

En los niños la salud implica aspectos físicos, psicológicos y sociales, así como también la capacidad para realizar actividades apropiadas a su edad. Las dimensiones pueden estar relacionadas con las siguientes variables:

- Actividades diarias (movilidad y cuidado personal)
- Adquisiciones cognitivas (memoria, habilidad para concentrarse)
- Emociones (positivas y negativas)
- Percepción de sí mismo

- Relaciones interpersonales (amigos y familia)
- Medio que les rodea (cohesión familiar, apoyo social)

Los avances médicos han hecho que aumente significativamente la supervivencia y con ella el rango de niños con condiciones crónicas, pero, a veces, estas se ven asociadas a discapacidad, a problemas emocionales o a dificultades de aprendizaje. Cuando es posible manejar, pero no curar una enfermedad, podemos determinar cómo el tratamiento y la enfermedad están afectando la calidad de vida de los niños. En este sentido, los informes pueden ayudar a ver cuál es el tratamiento más apropiado o la mejor opción para el niño. Tales resultados son de gran valor ya que permiten conocer consecuencias a largo plazo, pudiendo conllevar implicaciones en la práctica clínica y en la investigación. Los trabajos modernos sobre calidad de vida relacionada con la salud enfatizan en que los niños pueden adaptar su situación después de un gran trauma o daño, y en que la visión de los niños acerca de su discapacidad (o salud) es importante.

Los tratamientos de enfermedades crónicas tienen efectos en la calidad de vida de los niños que las padecen y que condicionan las oportunidades de participar en actividades normales. El tratamiento suele asociarse con complicaciones a largo plazo, y pueden producir cansancio, agresividad, o comprometer los aprendizajes. Los niños pueden experimentar limitaciones en las habilidades físicas y, con ello, sentir que no pueden participar en las actividades sociales y físicas de la vida diaria. Aun así es difícil predecir el

impacto del curso de un tratamiento en un niño, dado que otros factores asociados al pronóstico y a la terapia, como la edad del niño en el momento de ser diagnosticado, las relaciones sociales y familiares, pueden estar ejerciendo una clara influencia.

A cualquier edad, el mayor impacto ocurre cuando las demandas impiden el logro de las expectativas de vida. Finalmente a todas las edades, el entendimiento de los niños acerca de lo que está sucediendo es un determinante importante de su calidad de vida. Dentro del marco de la medición de la calidad de vida se pueden identificar dos líneas de trabajo. La primera, el desarrollo de medidas genéricas o “escalas de salud” para usar en estudios de población infantil, y la segunda, instrumentos dirigidos al estudio de una enfermedad concreta.

En cuanto a la primera línea de trabajo, generalmente, los datos se combinan con niños con diferentes enfermedades crónicas para compararlos con la muestra “sana”. Estas medidas genéricas han sido diseñadas para ser aplicadas, independientemente del estado calidad de vida relacionada con la salud de los niños y de su salud, en la población en general, intentando dar una aproximación al estado de salud-enfermedad con contenidos comunes. Un instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud tiene que ser multidimensional, conteniendo como mínimo las dimensiones de salud física, psicológica (emocional y cognitiva) y social (Organización Mundial de la Salud). Estos instrumentos son preferibles cuando se quiere comparar la calidad de vida

relacionada con la salud de los niños con la población general de su misma edad, siendo al mismo tiempo los más aceptados por los familiares. Su principal desventaja es que no son sensibles a los pequeños cambios en las condiciones de los niños ni en los aspectos clínicos relevantes de su vida, así como lo pueden ser otros instrumentos de medida específicos.

En cuanto a la segunda línea de trabajo, el objetivo es indagar en aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud, en el impacto de los tratamientos y de las intervenciones mediante dimensiones que puntualizan en un síntoma, durante el proceso agudo o crónico. Contiene dominios diseñados para ser válidos solo en una condición específica. Focaliza mejor en áreas funcionales de particular interés y posee mayor sensibilidad para las intervenciones en una enfermedad específica, no siendo apropiados para comparar la calidad de vida relacionada con la salud de niños con diferentes condiciones. Es aplicable sólo de manera individual a quien tiene una enfermedad en concreto, a sus síntomas típicos, estatus funcional, y funcionamiento psicológico y social. Su principal limitación es que los niños pueden tener más de una condición, lo que les supondría tener que rellenar más de una medida. Además, existen condiciones raras para las que no existen medidas específicas, como es el caso de esta situación, donde no se ha medido la calidad de vida de los niños durante un confinamiento prolongado para conservar la salud, en este caso debido a la pandemia por Coronavirus SARS COV2.



Encontramos entonces que para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, las medidas genéricas se consideran preferibles para analizar pacientes con diversas patologías, ya que permiten la comparación entre diferentes grupos de enfermedades, intervenciones o calidad de vida relacionada con la salud de los niños con diferentes condiciones, evaluando aspectos generales de la salud o satisfacción, no siendo estas suficientemente sensibles al cambio de salud.

#### KIDSCREEN

Los instrumentos KIDSCREEN evalúan la salud y el bienestar subjetivo de niños y adolescentes. Fueron desarrollados como medidas de salud autopercebida aplicable para niños y adolescentes sanos y con enfermedades crónicas comprendidos entre edades de 8 a 18 años. Como resultado de su desarrollo simultáneo en 13 países europeos, los instrumentos KIDSCREEN son instrumentos realmente transculturales que miden la calidad de vida relacionada con la salud.

La KIDSCREEN-52 permite información detallada del perfil de salud para diez dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y 52 ítems, requiere de 15 a 20 minutos para ser completado.

## Pandemias

Se ha visto como ciudades e imperios han surgido y se han destruido por la conjunción en el tiempo y espacio, de factores sociopolíticos, ambientales y biológicos. De los últimos, las enfermedades han sido un factor clave para entender la historia de las sociedades humanas.

En el caso de México, hay un evento que transformo por completo el estilo de vida de sus habitantes, siendo esta la epidemia de viruela ocurrida desde abril de 1520 hasta enero de 1521, considerada la primera pandemia que asoló a México, teniendo grandes implicaciones sociopolíticas en la conquista de uno de los imperios más grandes en tierras americanas.

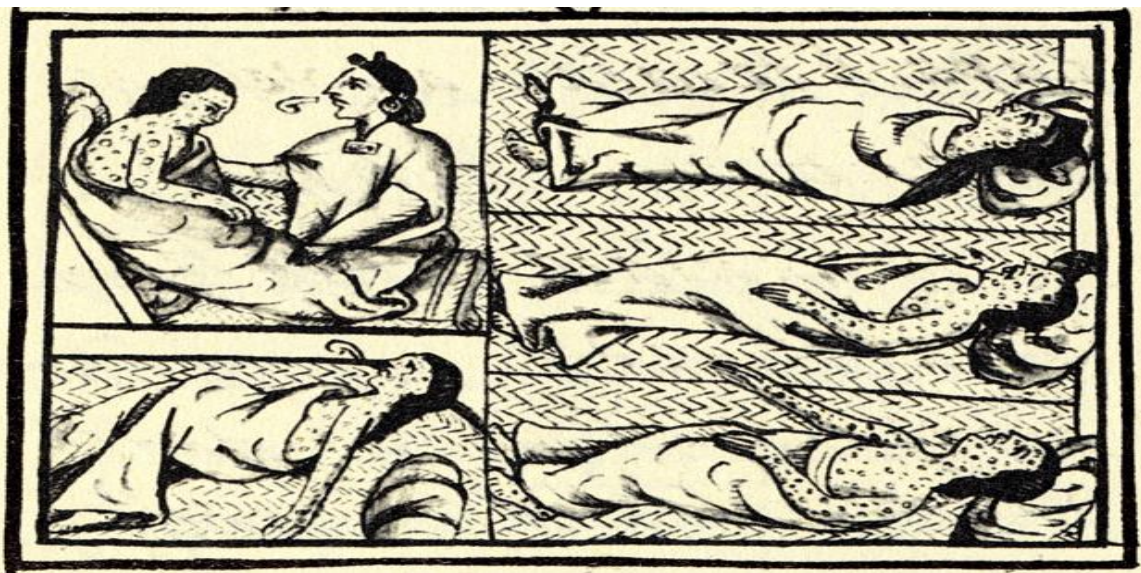


Imagen 1. Dibujo del Códice Florentino, en el que se retrata la infección de viruela en México.  
Fuente Dibujo del Códice Florentino.

Acorde a Fray Bartolomé de las Casas, siendo el primer caso de viruela entre diciembre de 1518 o enero de 1519 en la isla de Santo Domingo. Según informaron los españoles, exterminó entre un tercio y la mitad de la población indígena.

Pasaron varios meses hasta que la enfermedad se expresó en la población del área centro de México. Francisco de Aguilar señala que después de la Noche Triste del 30 de junio de 1520, mientras los españoles se refugiaban y recobraban fuerzas de su huida de Tenochtitlan en Tlaxcala "... Dios consideró adecuado enviar la viruela a los indios, y hubo una gran pestilencia en la ciudad...".

La epidemia tuvo una duración de 60 días en Tenochtitlan, para después irse esparciendo por otros pueblos del valle central. Empezó por Cuatlán y se fue hacia Chalco. Afectó a Texcoco y sus alrededores, extendiéndose primero a todas las poblaciones aledañas a la laguna, como Coatepec, Chicoloapan y Chimalhuacan y después por el resto del Valle de México.

El diagnóstico de la pestilencia fue hecho por los españoles, ya que era una enfermedad bien conocida para ellos. Precisamente, la actual España había sido hasta entonces el depósito general de viruela o variola -vocablo latino que significa "marca en la piel"- para toda Europa. Aunque su origen se establece en China y Japón, durante muchos siglos fue una enfermedad casi exclusiva del pueblo islámico, debido a la conquista árabe de la península ibérica por ocho siglos, la enfermedad fue habitual en la zona. Si bien para el contingente europeo era una enfermedad conocida, los nahuas tuvieron que nombrarla

para así, incluirla en su repertorio de enfermedades. El nombre que dieron fue hueyzahuatl, o la lepra grande, la de granos mayores.

Florescano (1982) nos comenta que después de los sesenta días que duró la epidemia en Tenochtitlan, los españoles tuvieron tiempo para reforzar el ejército y regresar. Si la epidemia no hubiera existido, los mexicas podrían haber derrotado a los españoles y la vida de Cortés habría acabado bajo la hoja de obsidiana, y vemos como una enfermedad cambió la historia de nuestro país y su población.

Durante los últimos meses de la Primera Guerra Mundial, un virus se extendió rápidamente por todo el planeta infectando a un tercio de la población mundial y causando la muerte de decenas de millones de personas, considerada como la primera pandemia global, se considera que la gripe española mató a más personas que las dos guerras mundiales juntas. A pesar de conocerse como gripe española, los primeros casos se registraron en Estados Unidos durante el último año de la Primera Guerra Mundial. En marzo de 1918, el país llevaba once meses en guerra contra Alemania y las potencias centrales. Los primeros casos se dieron en uno de los muchos centros de instrucción que se pusieron en marcha en un país que se movilizaba para la guerra.

El principal factor de la expansión fue la primera guerra mundial, que ya estaba en su última fase. Aunque los epidemiólogos todavía debaten sobre el origen exacto del virus – existe cierto consenso en que fue el resultado de la mutación de una cepa aviar originaria

de China-, lo que está claro es que el virus se globalizó gracias al masivo y rápido movimiento de militares por todo el mundo.



**Imagen 2. Los niños usan máscaras contra la gripe de 1918.**

**Fuente: Archivos estatales de Florida (1918).**

México no fue la excepción ante esta pandemia, proveniente de Estados Unidos. De acuerdo con el rastreo, las tropas estadounidenses se contagiaron mientras combatían

en Europa, para arribar al continente, lo hicieron a través de Tamaulipas; ese fue el punto de contagio. El papel del gobierno fue poco heroico, ya que se negó a aceptar la magnitud de la epidemia. Los encargados de salubridad achacaron la enfermedad a la tala de árboles, lo cual atraía vientos fuertes. Debido a ello, se mandó plantar una hilera de árboles alrededor del lago de Texcoco, pero la enfermedad se expandió cuando los primeros árboles eran sembrados. Debido al desastre, el gobierno decidió cerrar el tráfico ferrocarrilero, siendo esta la primera medida de prevención ante la epidemia, suspendiendo las comunicaciones por tren entre las poblaciones infectadas y aquellas en las que todavía no se habían presentado casos de influenza. Los trenes de carga procedentes de lugares infectados debían ser revisados por los médicos sanitarios, quienes examinarían al personal encargado de conducir la carga. Se acordó no permitir el acceso a ninguna persona enferma o que presentase síntomas, posteriormente no se permitió el arribo de buques a Veracruz y clausuró la aduana fronteriza en Laredo, Tamaulipas; los negocios comenzaron a cerrar, los teatros cancelaron sus funciones y los bazares tuvieron pérdidas excepcionales. Además, se prohibieron los besos y escupitajos, y se implementó el uso de pañuelos desechables. Se tenía que evitar tocar el teléfono con la boca y se lavaban las manos de forma constante. Entre las medidas que parecieron más extremas a la población fueron el cierre de iglesias. Las medidas de control también ordenaban reportar los casos de influenza en los hoteles, casas de huéspedes y colegios. Los enfermos de influenza debían ser reclusos en el Hospital General o en los consultorios de Beneficencia. Se señalaba que los enfermos, por miedo a la exclusión, se

escondían en sus domicilios sin dar aviso a las autoridades, por lo que se ordenó que los agentes especiales del Consejo de Salubridad recorrieran las vecindades de los barrios para indagar si había enfermos de gripe para internarlos "forzosamente en el Hospital General". Sin embargo, muy pronto los hospitales se vieron saturados y les faltó camas para atender a tantos pacientes. Los comisarios de policía, quienes también estaban encargados de canalizar a los enfermos, no sabían qué hacer debido a que los hospitales les negaron la atención por falta de capacidad; por lo que posteriormente por ningún motivo el enfermo debía salir a la calle. Transgredir esta disposición era objeto de multa: desde 5.00 a 500.00 pesos, o el arresto correspondiente.

La epidemia era un motivo de preocupación debido a que cerca de 1% de la población en México vivían en la calle y a que un gran número de personas vivía hacinados en las casas de vecindad en condiciones de higiene lamentables. Había una tendencia a asociar la pobreza y la suciedad con la epidemia. Sin embargo, ésta no respetó género, edad ni posición social.

Aun viviendo las secuelas de la Revolución Mexicana, se vivía una fuerte crisis financiera, pobreza y miseria junto con una pandemia, con grandes consecuencias por lo que en algunas calles, la gente comenzaba a morir. La muerte era un evento tan común que posiblemente abarató la vida y endureció los corazones.

En las calles de la ciudad se estaban amontonando numerosos féretros "con cadáveres en espera de la gaveta". Ante tantos enfermos, muertos y más muertos, los periódicos advirtieron que:

“México no estaba ni remotamente preparado, desde el punto de vista sanitario, para evitar una pandemia actual. Las insalubres costumbres que el Ayuntamiento no ha cuidado desterrar, tales como impedir que se expandan dulces expuestos a todas las intemperies y cubierto de polvo impregnado de microbios; la venta de carnes en los pavimentos, sobre sucios tapetes, la venta de pan y de frutas en iguales condiciones, el desaseo innato del pueblo, la acumulación de basura en las calles, son cosas que debieron combatirse con tenacidad” (El Demócrata, 28 de octubre de 1918, t. V, núm. 631, p. 1.).

Conforme avanzó el contagio, el acceso a las medicinas empeoró. A mediados de octubre las droguerías de la capital dejaron de vender medicamentos al por mayor; sólo se vendían cantidades pequeñas y a precios elevados, aunque desde el inicio de la epidemia se señaló que habían aumentado los precios de los medicamentos. Como había desabasto de medicamentos, los enfermos fueron tratados con ácido acetilsalicílico y bicarbonato, además de medicamentos para la malaria. En total murieron 300 mil personas en territorio mexicano, 7 mil de ellas en el entonces Distrito Federal. Los más afectados por la pandemia fueron los adultos mayores, y adultos de entre 20 y 40 años de edad.

En febrero de 1957, un nuevo virus de la influenza A (H2N2) apareció en el este de Asia, en la península de Yunán, China, desencadenando una pandemia ("Influenza asiática").



Registrado por primera vez, el virus de la gripe A (H2N2) de procedencia aviar apareció en 1957 y en menos de un año se había propagado por todo el mundo. Para entonces, el papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS), diseñaba cada año una vacuna destinada a paliar los efectos de las mutaciones de la gripe. A pesar de que los avances médicos con respecto a la pandemia de la gripe española contribuyeron a contener mucho mejor el avance de virus, esta pandemia registró un millón de muertos en todo el planeta.

Tan solo diez años después de haber superado la última gran pandemia de gripe, apareció, de nuevo en Asia, la llamada gripe de Hong Kong. Una variación del virus de la gripe A (H3N2) fue registrada en esta ciudad en 1968 y se expandió por todo el mundo con un patrón muy parecido al de la gripe asiática. Un millón de personas fueron las víctimas que causó esta nueva cepa de la gripe a nivel mundial. De estas dos últimas se desconoce la cifra de víctimas en México, sin embargo se sabe que la repercusión sobre el país fue mínima, y no requirió medidas de aislamiento. Hay que tener en cuenta que el virus de 1957 y 1968, era menos patogénico que el de 1918 y se contaba ya con medidas de control y terapéuticas.

México fue el primer país que notificó a la Organización Mundial de la Salud un brote que habría de convertirse en pandemia, que fue la primera del siglo XXI causada por el virus A (H1N1)2009. Antes de este evento, México contaba con un plan de preparación nacional que incluía vacunación estacional, reservas de equipo para protección personal y

fármacos antivirales, así como estrategias de comunicación. Se condujo una comunicación de riesgos para que la población tuviera apego con las medidas implementadas, tales como el distanciamiento social (cierre de escuelas y centros de trabajo, cuarentena en domicilio). Desde el 23 de abril de 2009, todas las escuelas del país permanecieron cerradas hasta el 11 de mayo, cumpliendo un confinamiento de 18 días. Se anunciaba que no había ningún tipo de vacuna para prevenir el contagio, pero que existían medicamentos que permitían tratar eficazmente y, hasta cierto punto, prevenir las complicaciones de la enfermedad. Por parte del gobierno mexicano se aconsejaban recomendaciones para la prevención de la gripe, como evitar el contacto directo con personas enfermas que tuvieran fiebre y tos, lavarse las manos con frecuencia y mantener una buena higiene. Si había un enfermo en casa, habría que procurar mantener una separación de un metro entre el paciente y las demás personas, taparse la boca y la nariz cuando se cuidara al enfermo, y conservar bien ventilada la casa. A quien se le detectara la gripe A (H1N1), además de tomar el medicamento indicado por el médico, debía quedarse en casa, no acudir a sitios concurridos, cubrirse la boca y la nariz cuando tosiera y estornudara, y tomar medidas extremas de higiene <sup>6</sup>.

Mientras que en pandemias anteriores los virus tardaron seis meses en extenderse, este nuevo virus lo había hecho en seis semanas. Debido al número creciente de casos registrados en muchos países, estaba resultando extremadamente difícil, cuando no imposible, confirmarlos mediante pruebas de laboratorio.

En septiembre la OMS, publicó una serie de recomendaciones sobre las medidas que podían adoptar las escuelas para atenuar el impacto de la pandemia. Recalcó que según los estudios disponibles, las escuelas participaban en la amplificación de la transmisión del virus, tanto en el interior de los establecimientos como en el conjunto de la sociedad.



Imagen 3. Considerado el niño 0 de la pandemia influenza 2009.  
Fuente: Periódico “El mañana” 23 de abril del 2020.

El cierre de escuelas podía proporcionar algo de tiempo para intensificar medidas de preparación. De acuerdo con los estudios con que contaba la organización, esta medida era importante en una fase temprana del brote.

Tanto en México como en el mundo surgieron muchas dudas acerca de la confiabilidad de las cifras. Se hacía hincapié en que los instrumentos para diagnosticar la nueva

influenza eran costosos y que los gobiernos los usaban con moderación. No todos los casos fueron reportados ni contabilizados <sup>6,7</sup>.

En efecto, los pobres, los que no tienen acceso a condiciones mínimas de salubridad e higiene, aquellos que carecen de una alimentación adecuada, son siempre las presas más vulnerables de estos padecimientos. El número de muertos por hambre, desnutrición y enfermedades gastrointestinales rebasa por mucho aquel provocado por la influenza, tanto en 1918 y aún más en 2009; a pesar de que en el 2009 ya se cuentan con programas en México para mejorar la calidad de vida de los niños y adolescentes. Y sin duda durante estas pandemias se enfocaron la preservación de la salud y no se estudió el efecto que este tenía ante los niños y su calidad de vida.

La pandemia de COVID-19 inició en China a finales de 2019, y el primer caso en México se presentó el 27 de febrero de 2020. El primer caso confirmado se presentó en la Ciudad de México, y se trató de un mexicano que había viajado a Italia y tenía síntomas leves; pocas horas después se confirmó otro caso en el estado de Sinaloa y un tercer caso, nuevamente, en la Ciudad de México. El primer fallecimiento por esta enfermedad en el país ocurrió el 18 de marzo de 2020.

El Gobierno de México, en coordinación con la Secretaría de Salud, ha implementado una serie de medidas para prevenir y controlar los contagios en el país. De un total de tres fases epidemiológicas identificadas por las autoridades sanitarias, según el grado de

transmisión de la enfermedad, el 24 de marzo se decretó la fase 2 que comprende primordialmente la suspensión de ciertas actividades económicas, la restricción de congregaciones masivas y la recomendación de resguardo domiciliario a la población en general, incluyendo la suspensión de la asistencia a escuelas públicas y privadas, en todos los niveles. El 21 de abril dio comienzo la fase 3, mediante la cual se extienden las actividades de prevención y control realizadas en las anteriores fases.



**Imagen 4. Niña con cubrebocas en el jardín de su departamento.**

**Fuente: Nadia Castellanos Daniel**

Algunos efectos que ha tenido la pandemia en México incluyen la generación de compras de pánico y saqueos de establecimientos, que a su vez ha conducido al eventual desabasto de productos de limpieza e higiene personal, la suspensión de eventos socioculturales, el cierre temporal o definitivo de empresas y la caída del precio del combustible así como del peso mexicano en los mercados de divisas internacionales. Sin embargo aún no podemos hablar de todos los efectos de esta pandemia.

Para el 1 de julio del 2020, México es el undécimo país con mayor cantidad de infecciones por Covid-19, subiendo cuatro puestos desde el primero de junio, con 231,770 infectados oficiales de los cuales 138,319 ya se han recuperado. Se han registrado 28,510 fallecidos oficiales por Covid-19. México es el sexto país con más muertes en el mundo después de EUA, Brasil, Reino Unido, Italia y Francia, y se estima que sigan en aumento.

Sin embargo el mundo sigue buscando la cura para esta enfermedad, como disminuir la mortalidad y medidas de prevención. Pero no se está enfocando en la repercusión que puede llegar a tomar el confinamiento que se está viviendo, repercusiones en los niños y jóvenes que no van a las escuelas porque han cerrado, se han cancelado eventos como graduaciones, fiestas de cumpleaños, conciertos, etc y hoy tienen que estar en casa para prevenir que se contagien y contagien a otros con este virus. A pesar de que se han vivido pandemias en nuestro país y se han utilizado medidas de prevención similares, entre ellas el confinamiento, no hay reporte de las repercusiones bio-sicosociales que tienen los

niños y adolescentes durante y como enfrentan al final de la misma, para recuperar su rutina de vida.

### Y en México, ¿Qué se ha hecho?

En las últimas décadas los cambios experimentados por el Estado y su población han significado exigencias de transformación y redefinición de sus respectivas áreas de responsabilidad en materia de bienestar social, dando prioridad a sectores vulnerables para disminuir su posición adversa como objetivo y reflejo de la modernización nacional, donde se plantea que el desarrollo de los derechos y necesidades básicas de los mexicanos sean atendidas y subsidiadas con recursos del Estado a través de programas sociales.

Hoy en día la cantidad de programas sociales que se encuentran vigentes en México son impresionante así como de igual forma su pésima ejecución y planificación, lo que ha llevado a que se pierda el propósito original de la creación de los mismos. Múltiples gobiernos han tratado de promover el apoyo a los sectores más desprotegidos intentando aumentar la calidad de vida de la ciudadanía y a su vez que tengan un futuro más próspero que posteriormente se reflejara en un país y economía más exitosa, pero se ha notado que los resultados no son tan satisfactorios principalmente para los niños, ya que la mayoría de los programas sociales están enfocados a los adultos y se ha dejado de lado las afecciones más comunes en la población infantil en la cual ha seguido prevaleciendo una mala calidad de vida.

En esta época de pandemia COVID19, se ha enfocado en salvaguardar la vida de los ciudadanos mexicanos y no por eso se debe dejar a un lado a los niños. Los niños y los jóvenes, además de estar contrayendo la COVID-19, aunque sea en menor cantidad que los adultos; tenemos repercusiones ocultas en los niños y jóvenes por el confinamiento que han vivido, con cambios en su educación, nutrición, salud, economía y en el ambiente social, por lo que el principal objetivo de esta investigación es como los niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad, han percibido estos cambios por la contingencia. Si no actuamos de inmediato para abordar las consecuencias que la pandemia tendrá sobre los niños, el eco de la COVID-19 causará daños permanentes en nuestro futuro común.

En este sentido, el diseño de la investigación busco ante todo allegarse de una visión integral de las variables, actores y circunstancia que rodean al problema de la vulnerabilidad infantil durante esta pandemia COVID19 y que dan cauce para la definición de una política de estado en materia de protección a la infancia, distinguiendo su problemática y las áreas de oportunidad para insertarse como elemento de desarrollo en la llamada “nueva normalidad”.



#### 4. Planteamiento del problema

El poder identificar los factores que promueven una buena calidad de vida y así mismo los factores que la deterioran, nos brinda la capacidad de tomar decisiones y acciones mucho más efectivas que beneficiaran a los niños, durante la contingencia, reconociendo los factores que están cambiando en su vida.

Las preguntas que orientan la presente investigación son:

- I. ¿Cuáles son los principales factores que afectan directamente a la calidad de vida de los niños entre 8 y 15 años de edad durante la pandemia COVID19?
- II. ¿Qué repercusiones están sufriendo en su calidad de vida los niños de 8 a 15 años de edad durante la pandemia COVID19?
- III. ¿Qué estrategias se proponen para la reincorporación de los niños a la nueva normalidad?

#### 5. Justificación

En las últimas décadas los cambios experimentados por el Estado y su población han significado exigencias de transformación y redefinición de sus respectivas áreas de responsabilidad en materia de bienestar social, dando prioridad a sectores vulnerables para disminuir su posición adversa como objetivo y reflejo de la modernización nacional, donde se plantea que el desarrollo de los derechos y necesidades básicas de los

mexicanos sean atendidas y subsidiadas con recursos del Estado a través de programas sociales.

Hoy en día la cantidad de programas sociales que se encuentran vigentes en México es impresionante así como de igual forma su pésima ejecución y planificación, lo que ha llevado a que se pierda el propósito original de la creación de los mismos. Múltiples gobiernos han tratado de promover el apoyo a los sectores más desprotegidos intentando aumentar la calidad de vida de la ciudadanía y a su vez que tengan un futuro más próspero que posteriormente se reflejara en un país y economía más exitosa, pero se ha notado que los resultados no son tan satisfactorios principalmente para los niños, ya que la mayoría de los programas sociales están enfocados a los adultos y se ha dejado de lado las afecciones más comunes en la población infantil en la cual ha seguido prevaleciendo una mala calidad de vida.

Este trabajo, contribuirá a la administración pública y de salud para que no se vea rebasada por las demandas de la sociedad en sus diferentes aspectos, en esta época de pandemia COVID19, se ha enfocado en salvaguardar la vida de los ciudadanos mexicanos y no por eso se debe dejar a un lado a los niños. Los niños y los jóvenes, además de estar contrayendo la COVID-19, aunque sea en menor cantidad que los adultos; tenemos repercusiones ocultas en los niños y jóvenes por el confinamiento que han vivido, con cambios en su educación, nutrición, salud, economía y en el ambiente social, por lo que el principal objetivo de esta investigación es como los niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad, han percibido estos cambios por la contingencia, y en base a esto buscar que

programas se están llevando a cabo para prevenir las consecuencias que la pandemia tendrá sobre los niños. Si no actuamos de inmediato para abordar las consecuencias que la pandemia tendrá sobre los niños, el eco de la COVID-19 causará daños permanentes en nuestro futuro común.

## 6. Hipótesis

La infancia presenta un elevado estado de vulnerabilidad ante las condiciones sociales y económicas adversas: fenómenos como la violencia, la pobreza, la degradación ambiental, ponen en peligro el adecuado desarrollo físico y mental de los menores de edad, agregando esto el confinamiento que viven por la pandemia COVID19; es por esto que se considera que los niños mexicanos entre 8 y 15 años de edad, sufrirán un cambio en su calidad de vida debido al confinamiento actual.

## 7. Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo General:

- Conocer las repercusiones ocultas que sufren los niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad durante el confinamiento por la pandemia COVID19

Objetivos específicos:

- Identificar los factores que contribuyen a aumentar o disminuir la calidad de vida de los infantes
- Determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los niños
- Conocer que cambios perciben los niños y jóvenes en su vida durante el confinamiento por la pandemia COVID19
- Estimar los cambios que vivirán los niños y jóvenes posterior a la contingencia por la pandemia COVID19, al volver a la nueva normalidad, y que recursos se les va a proporcionar para que lo afronten

## 8. Metodología

El estudio se realizó del 15 de abril al 30 de mayo del 2020, teniendo en confinamiento los niños y jóvenes entre 30 y 60 días.

### Tipo de estudio

Se utilizará el método descriptivo de corte transversal, toda vez que la finalidad de este método es el describir situaciones y eventos, por medio de una encuesta basada en el cuestionario Kidscreen 52.

El diseño de la investigación es de naturaleza no experimental, descriptiva y observacional, es decir, se han identificado y descrito los principales elementos y características que afectan a la calidad de vida de los infantes, para lo cual, se utilizara el cuestionario Kidscreen 52, siendo un cuestionario previamente validado de manera internacional y nacional. . El cuestionario se encuentra en el Anexo 1.

### Población de estudio

Se realizara en niños y jóvenes de 8 a 15 años de edad cumplidos nacidos en la Ciudad de México y que radiquen en la ciudad de México, aparentemente sanos, tomando como criterio de exclusión a niños que antes de la pandemia padecieran alguna enfermedad crónica que requiera acudir a seguimiento médico continuo u hospitalización.

## Muestra

Siendo un reclutamiento de muestreo probabilístico aleatorio simple.

Acorde a la INEGI 2019 hay 1,058,664 niños y jóvenes entre 8 y 15 años de edad en la Ciudad de México, siendo esa nuestra N.

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Se consideró la seguridad = 95% por lo que Z= 1.96; precisión = 3% por lo que d= 0.03; proporción esperada = se asumió que puede ser próxima al 5% por lo que p= 0.05; siendo q= 1-p= 0.95.

Por lo que n= 206.9, teniendo como tamaño de la muestra de 207.

## Variables

Las variables son cualitativas.

## Análisis estadístico de los datos

Los resultados serán expresados en porcentajes, las diferencias estadísticamente significativas (p <0.05) se evaluarán mediante de los análisis de T student y X cuadrada, utilizando el software GraphPad Prism 7.0.

## 9. Resultados

Este estudio se realizó en 200 participantes por medio de la plataforma Journal Survey, 60% mujeres y 40% hombres, no encontramos diferencia estadísticamente significativa en participación entre ambos sexos ( $p < 0.06$ ) (Figura 1A). El rango de edad fue de 8 a 15 años, en la figura 1B se muestra que la mayoría de los entrevistados cursan la etapa de adolescencia, es decir edades entre 10 y 15 años, siendo los de 15 años (22%) el grupo con mayor participación. Sin embargo, también hubo participación de niños y niñas de 8 años (12%) y 9 años (9%). Se les preguntó acerca de su condición médica, debido a que los niños y adolescentes que padecen alguna enfermedad que requiera tratamiento intrahospitalario fueron descartados del estudio, el 91% no presenta alguna enfermedad o situación médica, mientras que un 9% si padece alguna enfermedad, dentro de las que se encuentran el asma (7%) y la diabetes mellitus tipo 1 (2%), con respecto a esto encontramos diferencia estadísticamente significativa entre los que presentan o no una enfermedad ( $p < 0.05$ ), siendo mayor el grupo que no presenta problemas en su condición médica (Figura 1C).

Distribución porcentual de la muestra

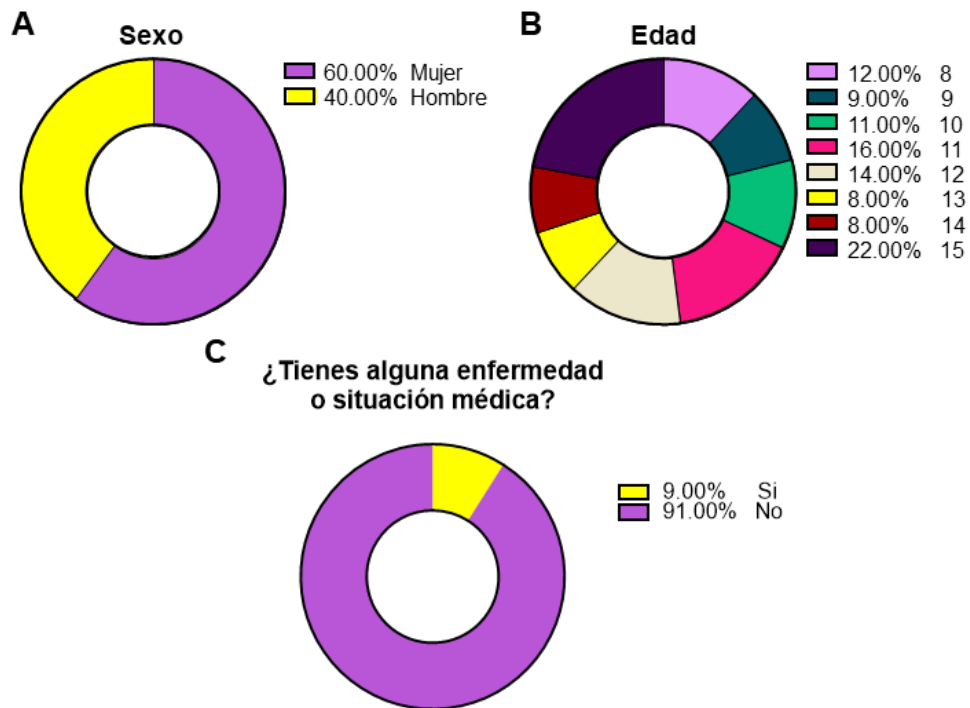


Figura 1. Distribución porcentual de la muestra. A. sexo, B. edad y C. condición médica de la muestra. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Con respecto al nivel escolar de los padres, observamos que más del 40% de las madres (Figura 2A) y padres (Figura 2B) cursaron una licenciatura, 47% y 40%, respectivamente. Además, más del 20% cursaron la preparatoria, 27% madres y 21% padres. Menos del 15% realizaron estudios de posgrado o cursaron hasta la secundaria. Con respecto a nuestra muestra de estudio, la mayoría está cursando primero de secundaria (17%) y la minoría segundo y cuarto de primaria (12%), sin embargo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grado escolar ( $p < 0.9$ ) (Figura 2C).



Distribución porcentual del nivel

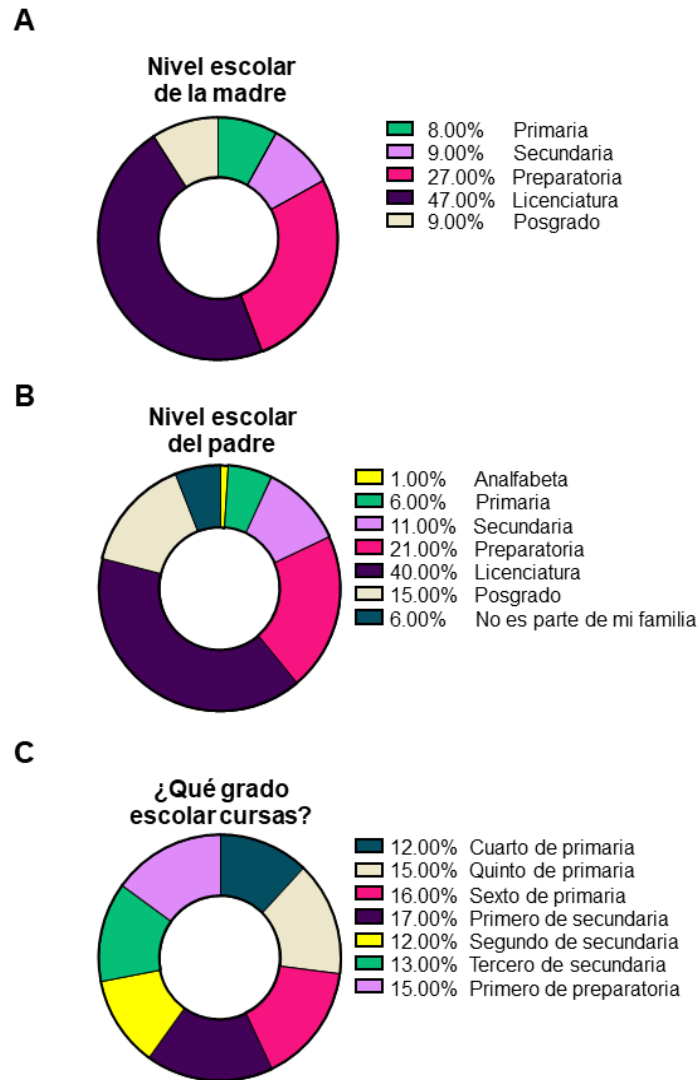


Figura 2. Distribución porcentual del nivel escolar. A. Nivel escolar madre. B. Nivel escolar padre. C. Grado escolar de la muestra. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Se evaluó el tipo de escuela a la que asisten, donde se obtuvo que la mayoría asiste a escuela privada (51%), pero esto no es estadísticamente diferente al 49% que asisten a escuela pública ( $p < 0.9$ ) (Figura 3A). Con respecto a la forma en la cual han sido educados

debido a la pandemia, en la figura 3B encontramos que el 91% tiene clases en línea y menos del 5% sus padres les dan clases o no tienen clases. Por lo tanto, la mayoría siguió con su educación de manera virtual ( $p < 0.05$ ) y más del 30% le dedica entre 2 y 6 horas al día a tomar clases, estudiar, tareas, etc. Por lo que existen diferencias estadísticamente significativas en comparación con los que estudian menos de 2 horas ( $p < 0.05$ ). Sólo el 6% le dedica más de 8 horas a estas actividades escolares (Figura 3C). El 85% de los encuestados no suele poner atención a todas las clases (Figura 3D).

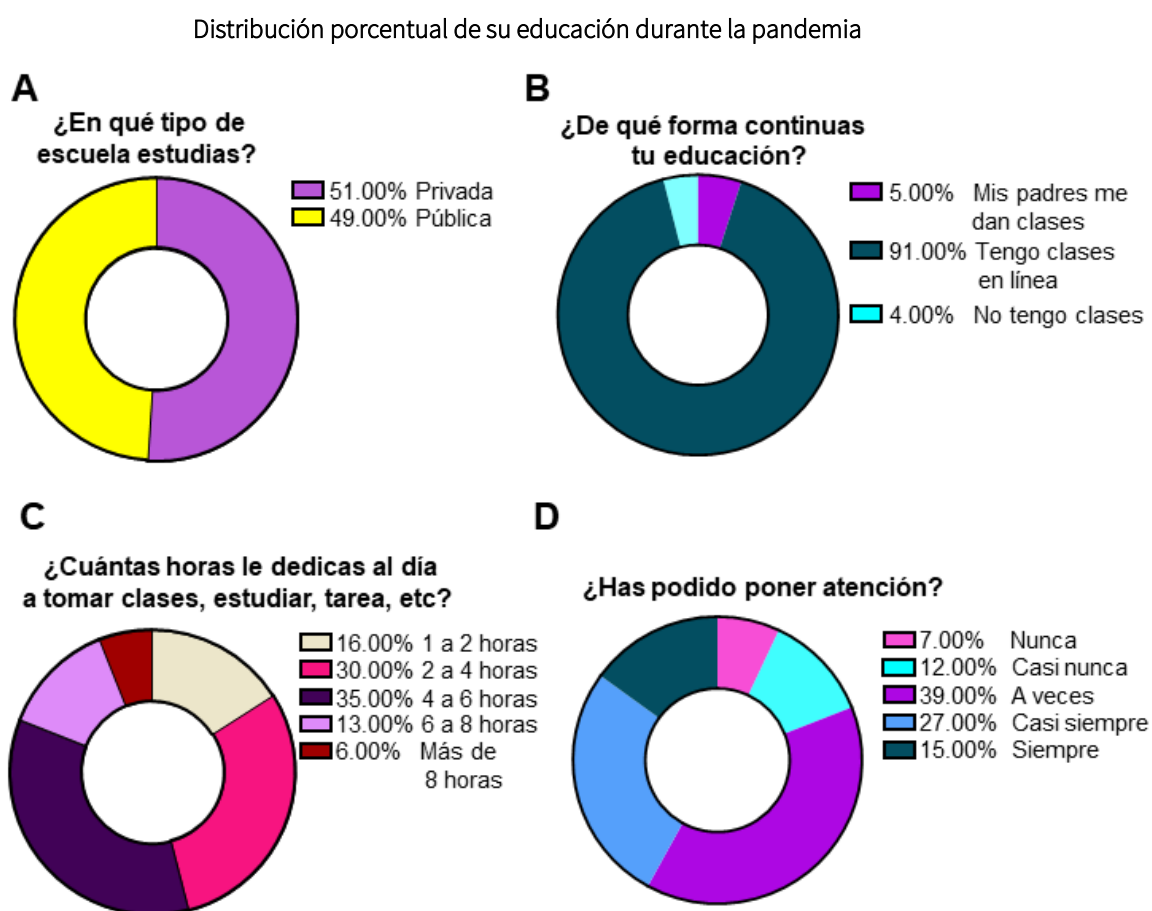


Figura 3. Distribución porcentual de su educación durante la pandemia. A. Tipo de escuela. B. Forma de educar durante la pandemia. C. Tiempo de dedicación a la educación. D. Atención por parte del educando. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Con respecto a la percepción que tienen sobre el método de enseñanza y su relación con los maestros, encontramos que el 87% de los encuestados considera que su proceso de enseñanza-aprendizaje es bueno (41%), muy bueno (34%) o excelente (12%), el 13% restante considera que este proceso ha sido malo (5%) o regular (8%) (Figura 4A). Los resultados señalan que la mayoría considera que el proceso es bueno en comparación con los que señalan que es malo ( $p < 0.05$ ). Con respecto al agrado por tomar clase, el 42% no siente agrado en todas las clases, el 34% siente agrado casi siempre (16%) o siempre (18%), mientras que a un 24% casi nunca (14%) o nunca (10%) les ha gustado tomar clases (Figura 4B). Sin embargo, cuando se les preguntó sobre el sentimiento sobre el método de enseñanza, la mayoría considera que se sintió moderadamente (35%), nada (20%) o poco feliz (29%) con el método de enseñanza que llevaron, en comparación el 16% se sintió muy feliz (Figura 4C). De acuerdo con lo observado, al 43% les ha ido moderadamente bien con el método de enseñanza, al 34% un poco (23%) o nada bien (11%), siendo la minoría con un 16% los que les ha ido muy bien, predominando así a los que les ha ido mal ( $p < 0.05$ ) (Figura 4D). No existen diferencias entre los que se han sentido poco (28%), moderadamente (26%) y muy satisfechos (25%) de sus maestros, menos del 10% no está satisfecho con sus maestros (Figura 4E), sin embargo, la mayoría (61%) se ha llevado casi siempre (26%) o siempre bien (35%) con sus maestros (Figura 4F).

Distribución porcentual de la relación método de enseñanza-profesor-alumno durante la pandemia

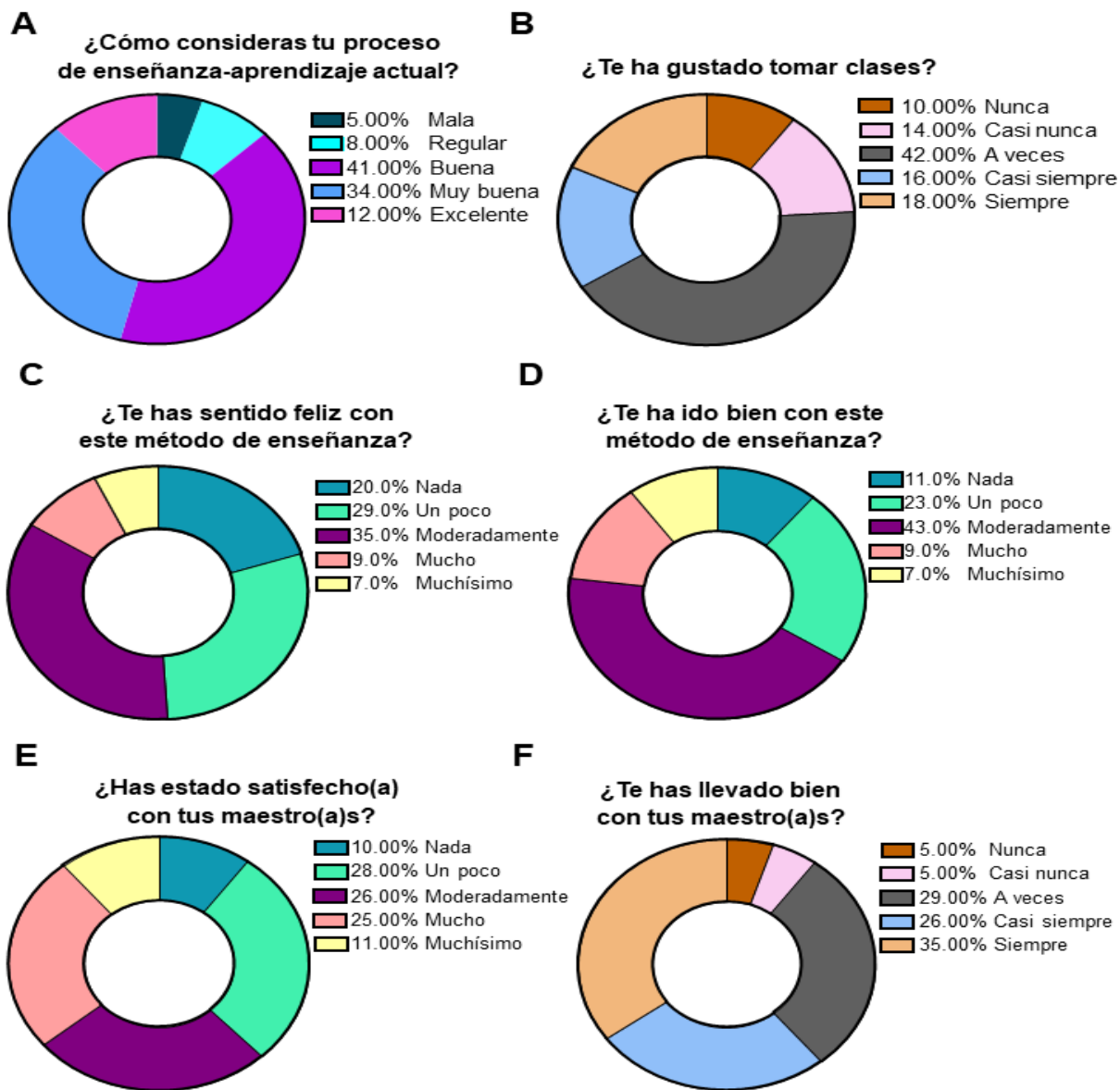


Figura 4. Distribución porcentual de la relación método de enseñanza-profesor-alumno durante la pandemia. A. Percepción del proceso de enseñanza-aprendizaje actual. B. Agrado por el tipo de clases. C. Sentimiento hacia el método de enseñanza. D. Percepción de éxito con el método de enseñanza. E. Percepción de la muestra sobre el maestro. F. Relación maestro-alumno. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Con respecto a las actividades que realizaron en su tiempo libre, observamos lo siguiente: el 86% en algún momento eligió qué hacer en su tiempo libre, dentro de este porcentaje se encuentran los que a veces (30%), casi siempre (31%) y siempre (25%) decidieron que hacer, sólo el 2% nunca pudo decidir, por lo tanto, es mayor el grupo que siempre pudo decidir qué hacer en su tiempo libre en comparación con los que nunca pudieron decidir ( $p < 0.05$ ) (Figura 5A); el 65% casi siempre (27%) o siempre (38%) tuvieron tiempo libre para realizar actividades, sólo el 3% nunca tuvo tiempo libre (Figura 5B); entre las actividades que realizaron en su tiempo libre se encuentran leer (6%), jugar videojuegos (13%), ver series o películas (12%), estar en redes sociales (6%), dibujar o colorear (6%), hacer ejercicio (5%), jugar (28%), escuchar música (4%), convivir con su familia (4%), cocinar (2%), bailar (3%), tocar un instrumento (2%), jardinería (1%), manualidades (3%), escribir (1%), nadar (1%), cantar (1%) y practicar un idioma (2%) (Figura 5C); además, los resultados muestran que la mayoría no realizó estas actividades solo (44%) en comparación de los que las realizaron solos (16%) ( $p < 0.05$ ) (Figura 5D); las personas con quien realizaron estas actividades son sus padres (40%), hermanos (32%), primos (4%), amigos (13%) y mascotas (11%) (Figura 5E) y la mayoría dedicó de 1 a 2 horas en realizar estas actividades (34%), más del 25% entre 2 a 6 horas y solo el 1% dedicó más de 8 horas (Figura 5F).

Distribución porcentual de las actividades en su tiempo libre durante la pandemia

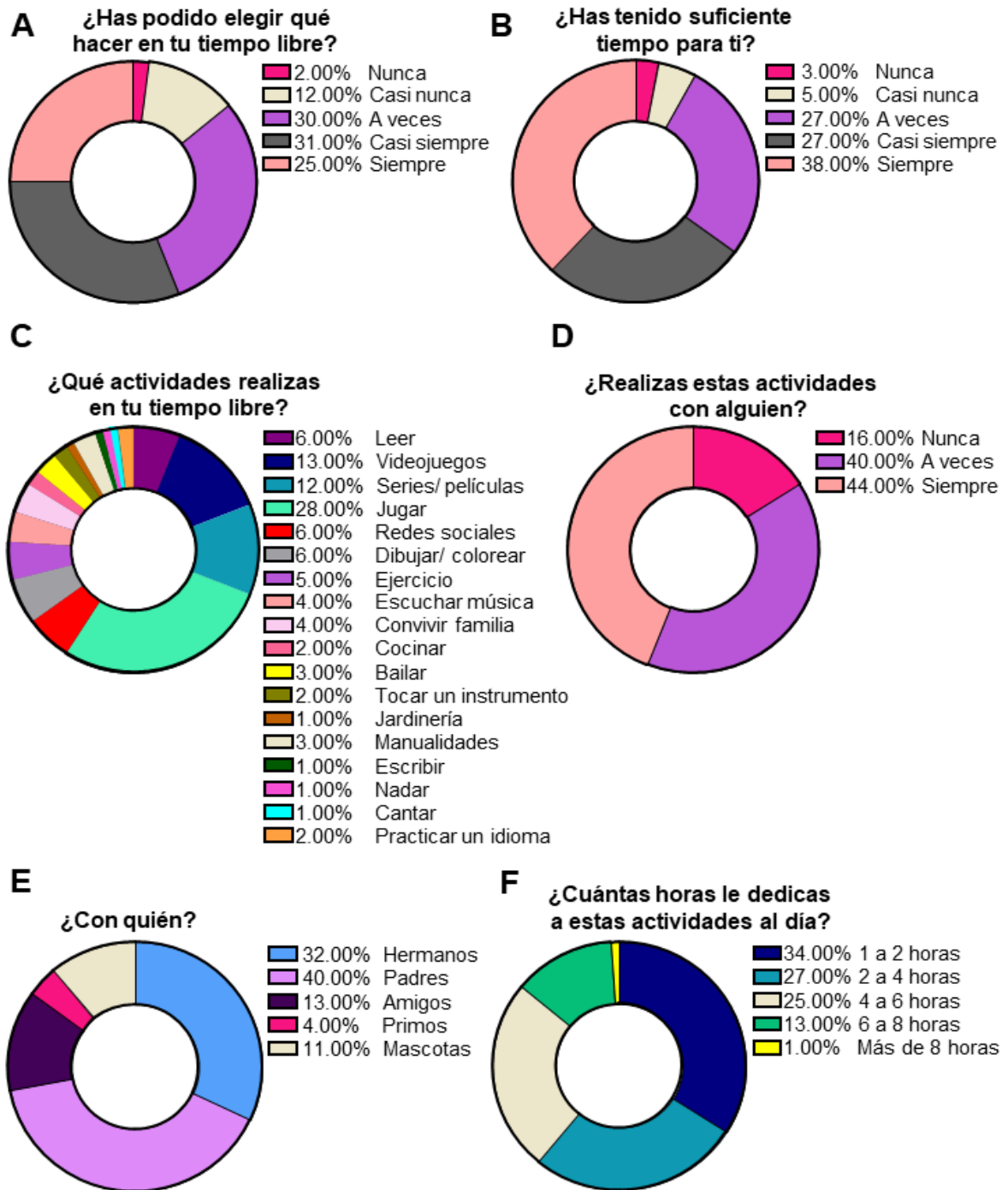


Figura 5. Distribución porcentual de las actividades en su tiempo libre durante la pandemia. A. Elección del tiempo libre. B. Tiempo para sí mismo. C. Actividades que realizaron en su tiempo libre. D y E. Realización de actividades con alguien más. F. Horas dedicadas a realizar las actividades. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Sobre la relación que tuvieron con sus amigos, el 50% nunca pudo pasar tiempo con sus amigos, el 29% a veces y el 5% siempre (Figura 6A). Con respecto a si se divirtieron con sus amigos, el 51% casi nunca (12%) o nunca se divirtió (39%), a diferencia del 33% que casi siempre (13%) o siempre se divirtió (20%) y el 16% restante a veces (Figura 6B). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la posibilidad de hablar con sus amigos ( $p < 0.1$ ), mientras que el 23% nunca pudo hablar con sus amigos, un 17% siempre pudo hablar con ellos (Figura 6C). Hubo diferencias significativas en la confianza con sus amigos ( $p < 0.05$ ), debido a que el 53% confió casi siempre (23%) o siempre (30%) en sus amigos, en comparación con 22% que casi nunca (8%) o nunca (14%) confió en ellos (Figura 6D). Sin embargo, no hubo diferencias entre la ayuda con otras personas ( $p < 0.08$ ), el 21% siempre se ayudó con alguien y el 25% nunca (Figura 6E). Además, el 51% reportó que nunca hicieron actividades con otros chicos y solo el 9% siempre las realizó, encontrando así una disminución significativa durante la pandemia de las actividades con otros chicos ( $p < 0.05$ ) (Figura 6F). Lo último correlaciona con el tiempo de la última vez que vieron a sus amigos de manera presencial, siendo los períodos de dos meses (51%) y más de 30 días (40%) los de mayor prevalencia (Figura 6G). Sobre las alternativas para mantener contacto con sus amigos, aumentaron las que se llevan a cabo de manera no presencial, tales como las redes sociales (27%), mensajes de texto (18%), llamadas telefónicas (19%) y videollamadas (22%) en comparación con las presenciales ( $p < 0.05$ ) (Figura 6H).

Distribución porcentual de la relación con amigos durante la pandemia

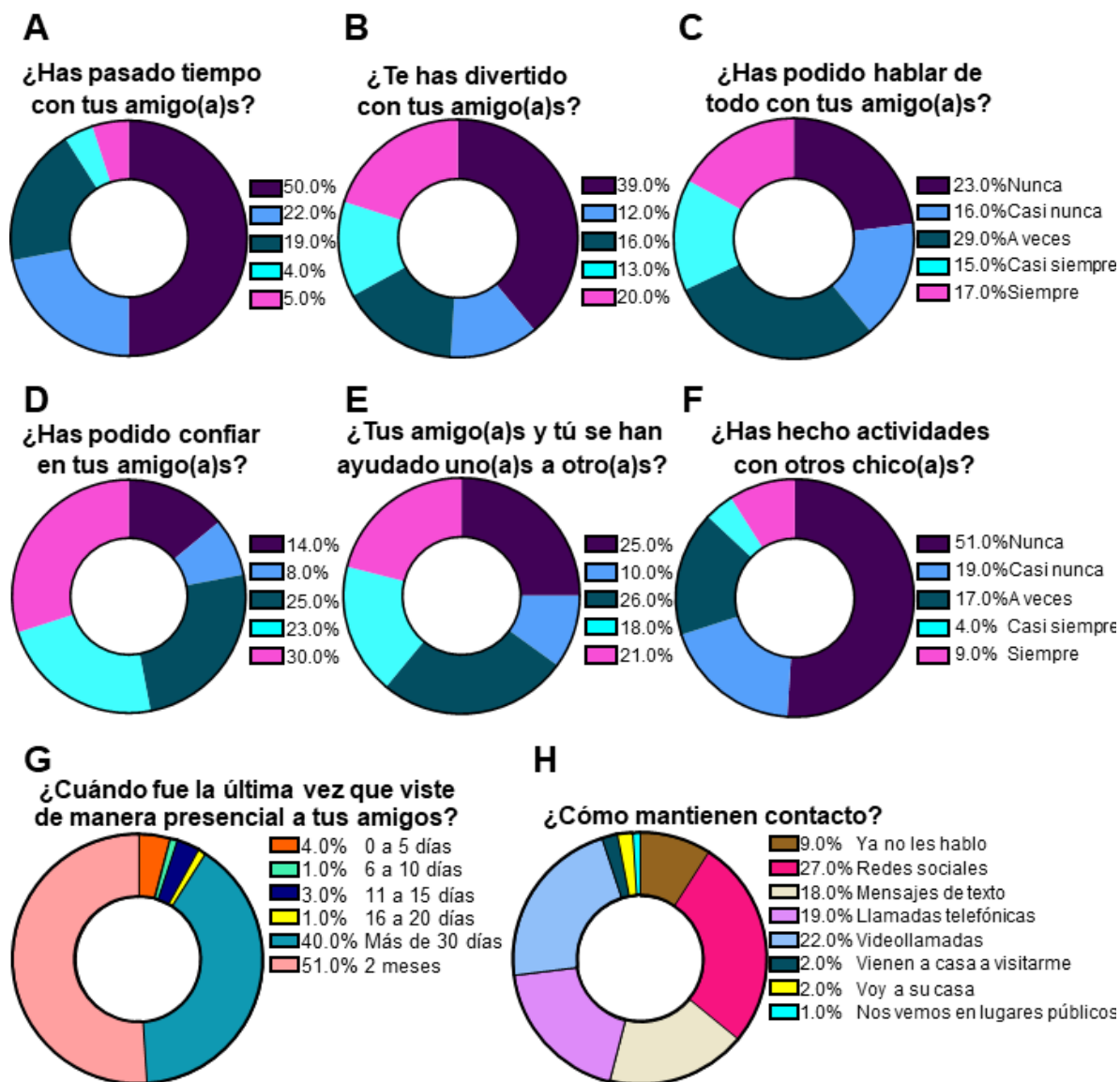


Figura 6. Distribución porcentual de la relación con amigos durante la pandemia. A. Tiempo disponible para los amigos. B. Diversión con amigos. C y D. Confianza con los amigos. E. Apoyo con los amigos. F. Actividades con otros chicos. G. Última vez que vieron a sus amigos. H. Realización de actividades con alguien más. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.



Los resultados respecto a la relación con sus padres indican que tanto la madre como el padre siguieron trabajando, tanto de manera presencial (22% y 41%, respectivamente) como no presencial (44% y 42%, respectivamente), observando un aumento del trabajo no presencial debido al confinamiento ( $p < 0.05$ ) (Figura 7A y 7B). No se encontraron diferencias en la percepción por parte de los hijos de la preocupación económica de los padres ( $p < 0.06$ ) (Figura 7C). El 76% fue muy o moderadamente comprendido, sólo el 17% fue poco comprendido y el 5% nada comprendido por sus padres (Figura 7D). Así mismo, la mayoría (95%) se sintió querido por sus padres a diferencia de los que se sintieron poco queridos (5%) ( $p < 0.05$ ) (Figura 7E). Esto está relacionado con que la mayoría considere que sus padres siempre tuvieron tiempo suficiente para ellos y los trataron de forma justa (40% y 45%, respectivamente), menos del 11% reportó lo contrario (Figura 7E).

Distribución porcentual de la relación con sus padres durante la pandemia



Figura 7. Distribución porcentual de la relación con sus padres durante la pandemia. Situación del trabajo de A. madre y B. padre. C. Percepción de la preocupación económica de los padres. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Distribución porcentual de la relación con sus padres durante la pandemia

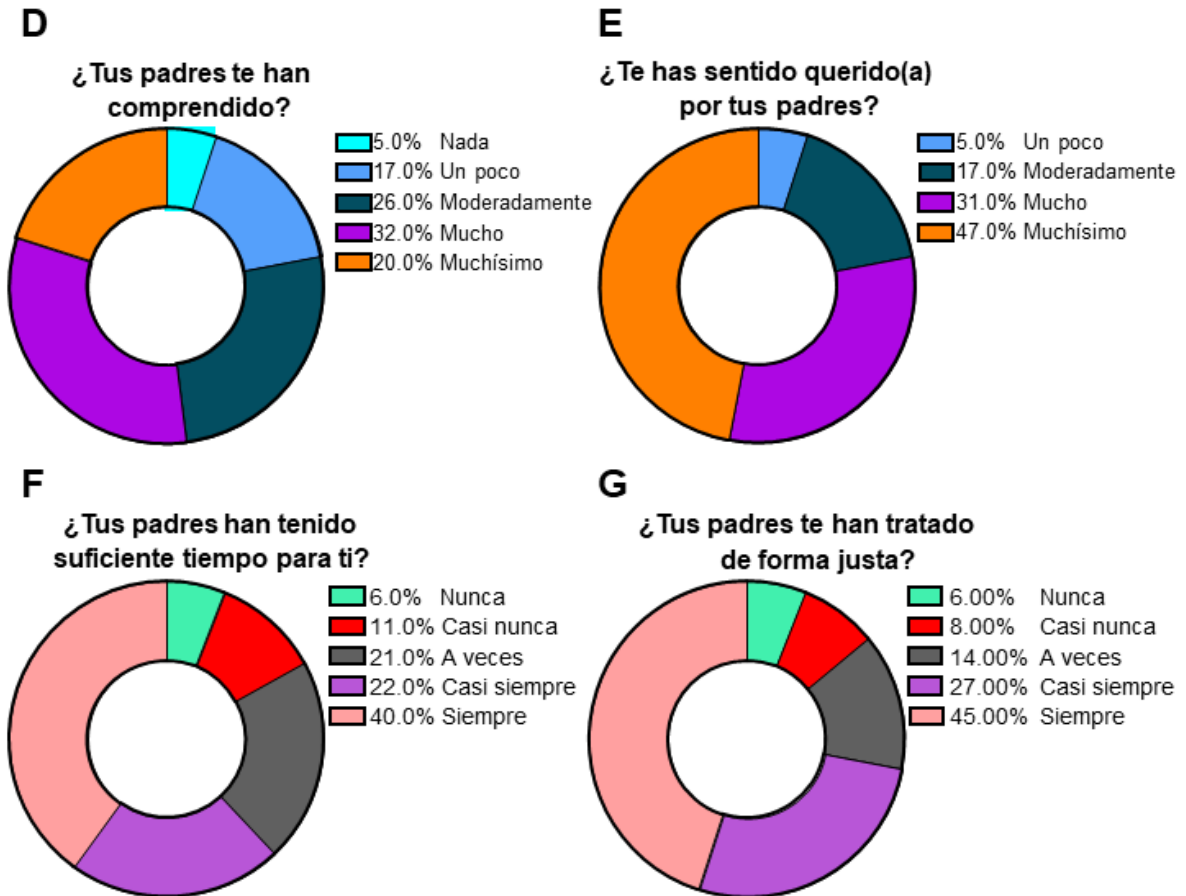


Figura 7. Distribución porcentual de la relación con sus padres durante la pandemia. D. Comprensión por parte de los padres. E. Relación afectiva con los padres. F. Tiempo de los padres con sus hijos. G. Trato de los padres hacia sus hijos. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Un punto importante a evaluar fue la relación con su familia durante la pandemia, respecto a esto, el 63% casi siempre (23%) o siempre (40%) se sintió feliz en su casa (Figura 8A). Por otro lado, el 36% siempre realizó actividades con su familia en comparación con un 7% que nunca las realizó ( $p < 0.05$ ) (Figura 8B). El 40% señaló que su familia está integrada por 4 personas y menos del 2% señaló que está integrada por más

de 7 personas (Figura 8C). La mayoría de los entrevistados viven con un hermano y ambos padres (34%), menos del 5% es hijo único o viven sólo con la figura materna (Figura 8D). No hubo diferencia estadísticamente significativa sobre un cambio de la persona encargada de cuidar de los entrevistados ( $p < 0.4$ ), mientras que en un 55% si hubo un cambio en la persona encargada de ellos, en un 45% no hubo un cambio (Figura 8E). Más del 70% reporta que la madre es la encargada de ellos, seguido de los abuelos (20%), el papá (6%) o una hermana mayor (4%) (Figura 8F).

Distribución porcentual de la relación con su familia durante la pandemia

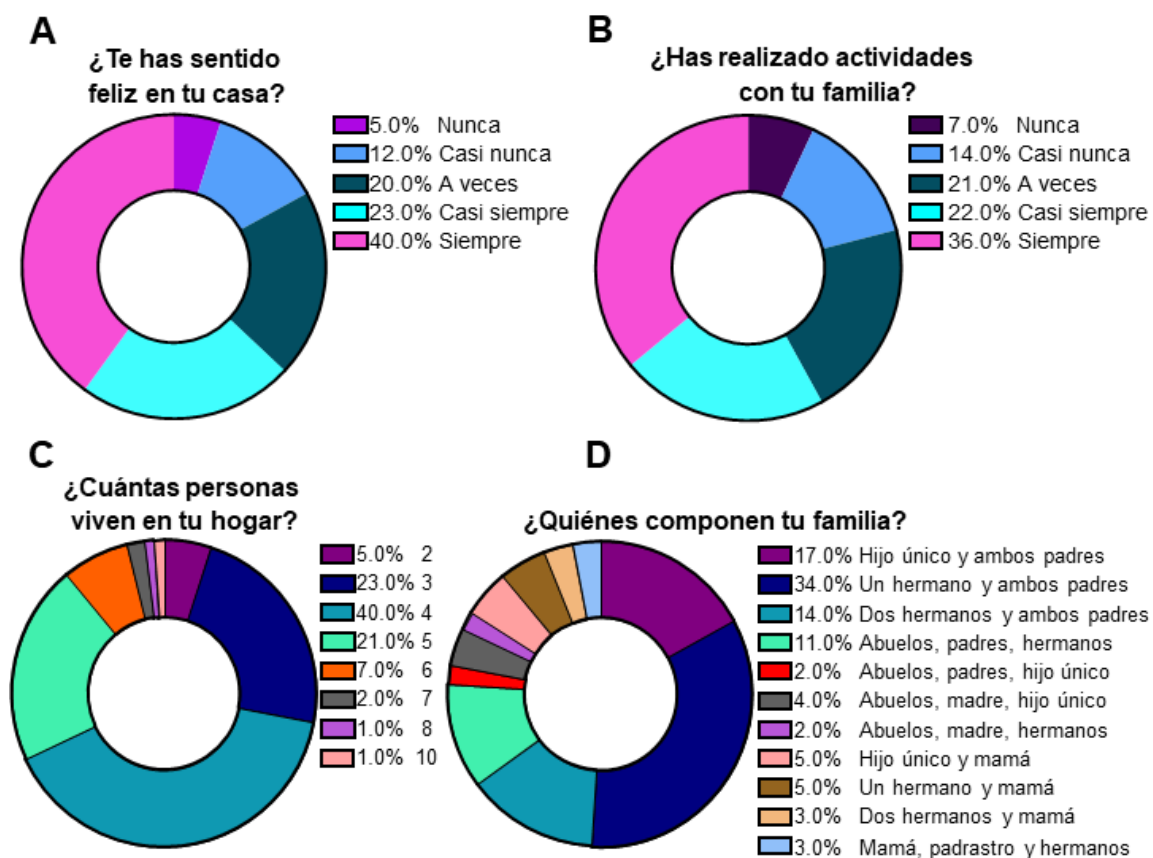


Figura 8. Distribución porcentual de la relación con su familia durante la pandemia. A. Sentimiento de felicidad en casa. B. Realización de actividades en familia. C. Número de personas en el hogar. D. Personas que componen la familia.

Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Distribución porcentual de la relación con su familia durante la pandemia

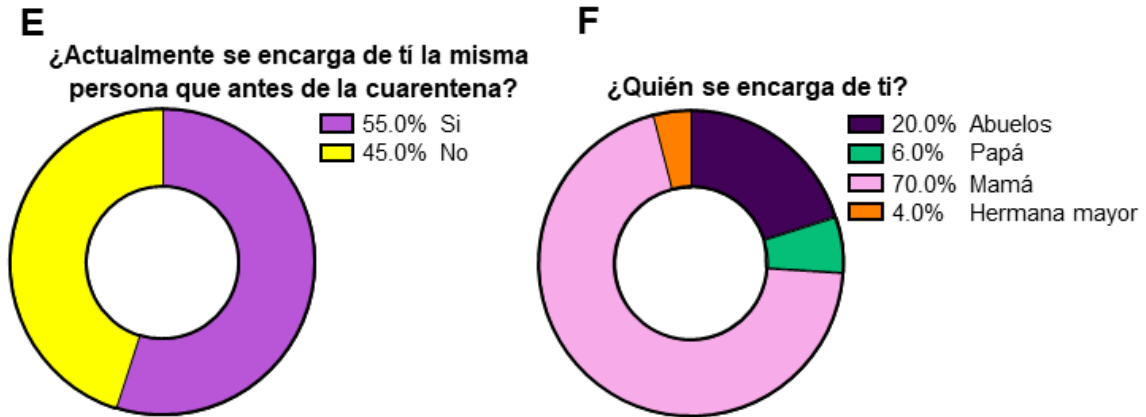


Figura 8. Distribución porcentual de la relación con su familia durante la pandemia.  
E. Cambio en quien se encargada del entrevistado. F. Persona encargada del entrevistado.  
Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

De acuerdo a su estado de salud durante el confinamiento, más del 67% no aumento o bajo de peso durante ese tiempo y no presentaron cambios en tener un horario fijo de comida ( $p < 0.4$ ) (Figura 9 A-C). Sin embargo, el 53% señala tener una alimentación más saludable en comparación con un 17% que considera tener una menos saludable ( $p < 0.05$ ) (Figura 9D). En este sentido, el 87% da por hecho tener una buena (31%) o excelente (56%) salud, al contrario del 13% que considera tener una salud regular ( $p < 0.05$ ) (Figura 9E).

Distribución porcentual de su estado de salud durante la pandemia

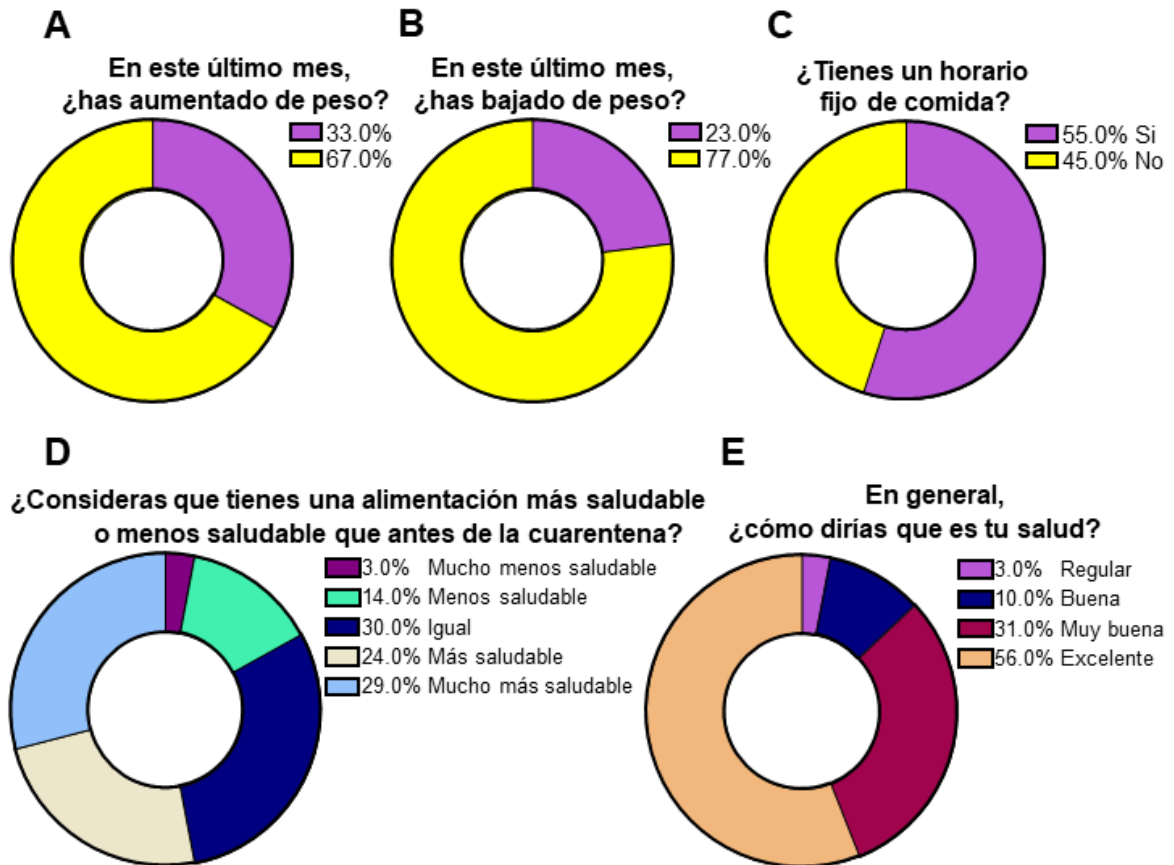


Figura 9. Distribución porcentual de su estado de salud durante la pandemia. A. aumento de peso corporal. B. Disminución de peso corporal. C. Horario fijo de comida. D. Alimentación saludable. E. Percepción de su estado de salud.

Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Lo anterior, está relacionado a que el 43% se siente bien y en forma (Figura 10A), además de sentirse casi siempre (25%) o siempre (14%) llenos de energía (Figura 10B). Más del 29% menciona tener poco (32%) o moderadamente (29%) actividades físicas como andar en bicicleta, correr, brincar o bailar (Figura 10C). Con relación a lo anterior, la mayoría

realizó estas actividades físicas dentro (52%) o en el patio (28%) de su casa o departamento (Figura 10D). Además, el 65% se sintió cómodo realizando actividades en su hogar en comparación con el 35% que reportó no sentirse cómodo ( $p < 0.05$ ) (Figura 10E).

Distribución porcentual de las actividades físicas que realizaron durante la pandemia

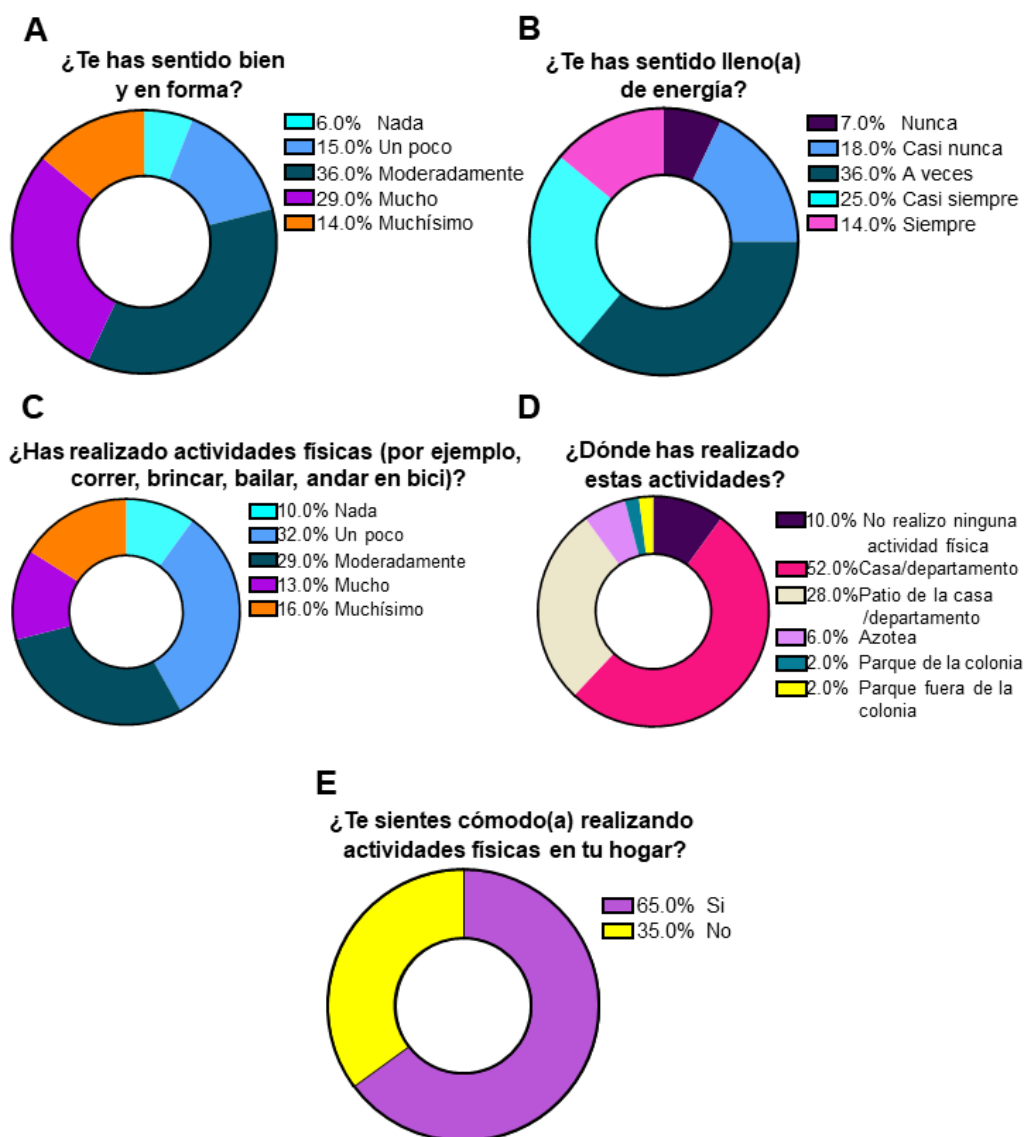


Figura 10. Distribución porcentual de las actividades físicas que realizaron durante la pandemia. A. Sentir bien y en forma. B. Sentirse con energía. C. Realización de actividades físicas. D. Lugar donde realizaron actividades físicas. E. Comodidad para realizar actividades físicas en el hogar. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Con respecto a los sentimientos positivos, encontramos que el 63% siempre estuvo contento con su forma de ser en comparación con un 3% que nunca lo estuvo ( $p < 0.05$ ) (Figura 11A), además, más del 35% se sintió siempre divertido o alegre, al contrario de los que nunca se sintieron divertidos (8%) o alegres (6%) ( $p < 0.05$ ) (Figura 11 B y C). También, más de un 51% consideró tener casi siempre (27%) o siempre (24%) buen humor, así como, haber disfrutado mucho la vida (Figura 11 D y E), menos del 6% opinó lo contrario. Aunado a todo lo anterior, más del 77% señaló sentirse muy satisfecho con su vida, y menos del 5% opinó nunca sentirse satisfecho ( $p < 0.05$ ) (Figura 11F).

Distribución porcentual de sentimientos positivos durante la pandemia

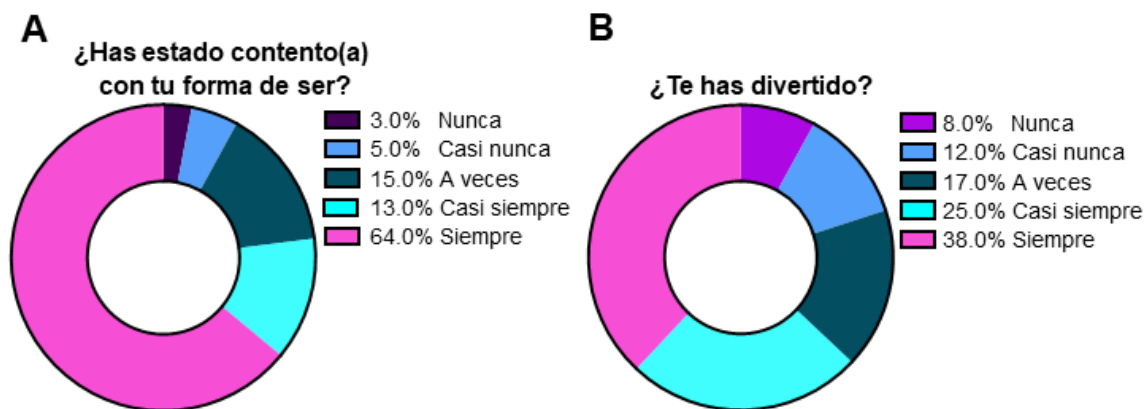


Figura 11. Distribución porcentual de sentimientos positivos durante la pandemia. A. Contento con su forma de ser. B. Sentimiento de diversión. C. Sentimiento de alegría. D. Buen humor. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Distribución porcentual de sentimientos positivos durante la pandemia

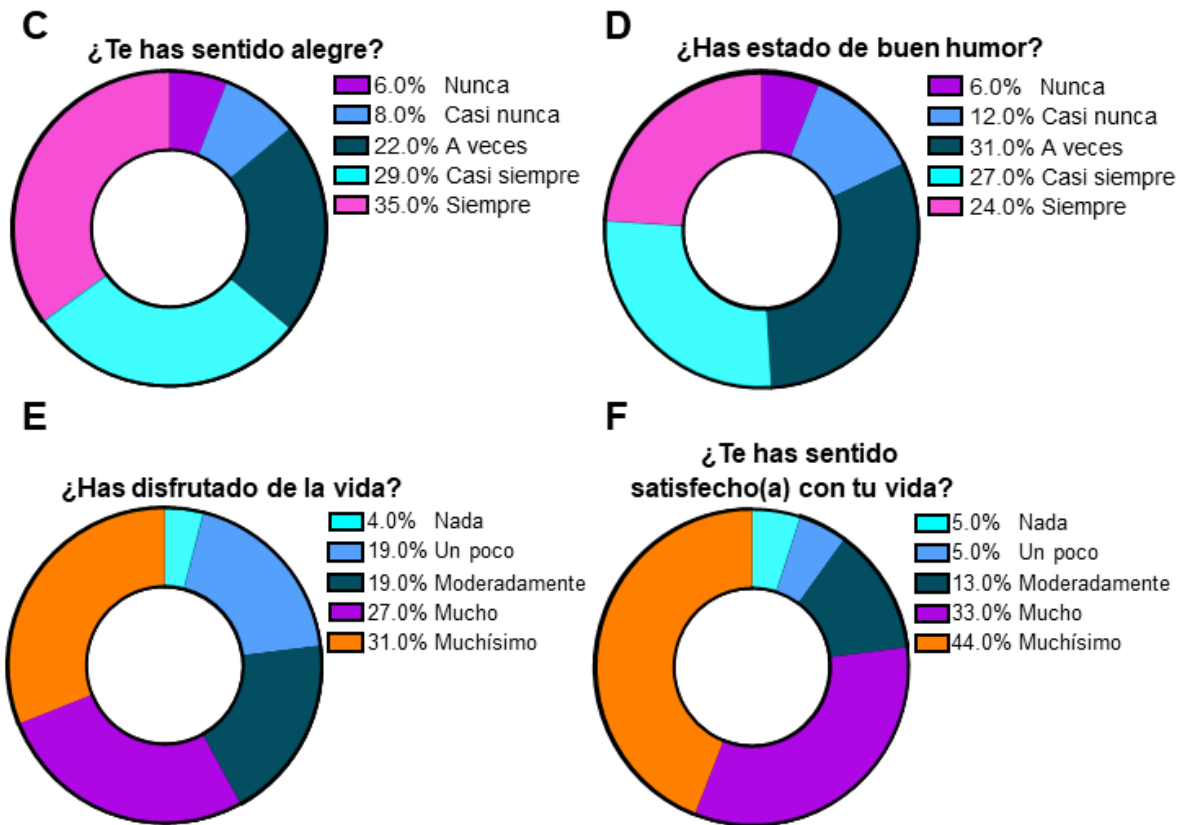


Figura 11. Distribución porcentual de sentimientos positivos durante la pandemia. C. Sentimiento de alegría. D. Buen humor. E. Sentimiento de disfrutar la vida. F. Satisfacción de su vida. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Acerca de los sentimientos negativos, más del 60% casi nunca o nunca tuvo miedo (40% y 20%, respectivamente), se sintió casi nunca o nunca intimidado o amenazado (10% y 76%, respectivamente), sintió casi nunca o nunca envidia de otras personas (19% y 59%, respectivamente) y no se burlaron de ellos casi nunca (20%) o nunca (53%) (Figura 12 A-D), por lo tanto fueron mayor los sentimientos positivos, tales como sentirse bien (28%), alegre (8%) y feliz (5%), en comparación con los negativos (Figura 12E) ( $p < 0.05$ ).



Distribución porcentual de sentimientos negativos durante la pandemia

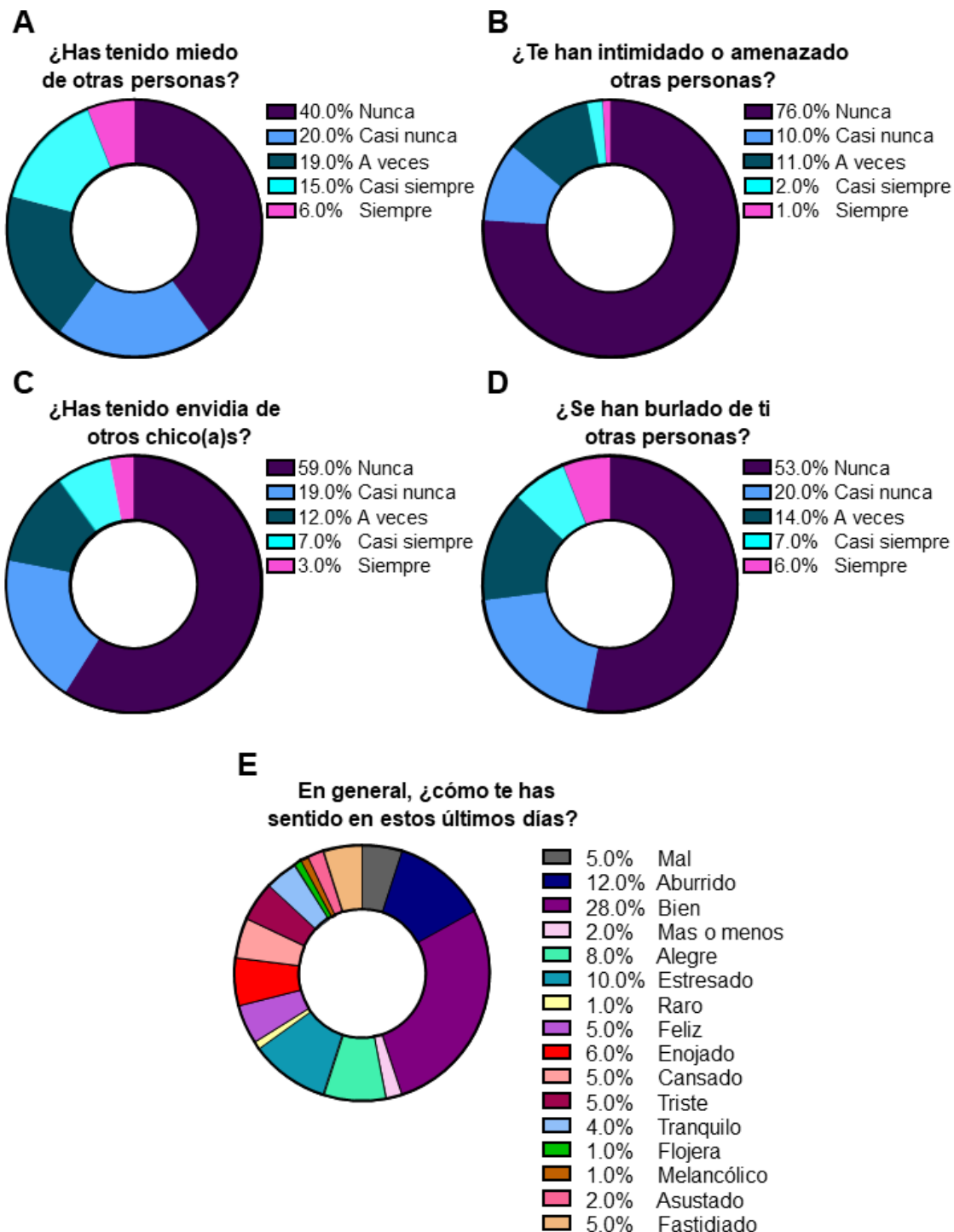


Figura 12. Distribución porcentual de sentimientos negativos durante la pandemia.  
 A. Sentimiento de miedo. B. Sentimiento de intimidación o amenaza. C. Sentimiento de envidia.  
 D. Burla de otras personas. E. Sentimientos positivos o negativos de manera general.  
 Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Algunas características de depresión como sentirse solo, enfadado, triste, sensación de hacer todo mal, sensación de no querer hacer nada, sentirse bajo presión y sentir que todo en la vida sale mal, se presentaron casi nunca o nunca en más del 60%, aunque más del 15% reportó que a veces llegó a presentar esas características y menos del 13% siempre las presentó (Figura 13 A-G).

Distribución porcentual de características de depresión durante la pandemia

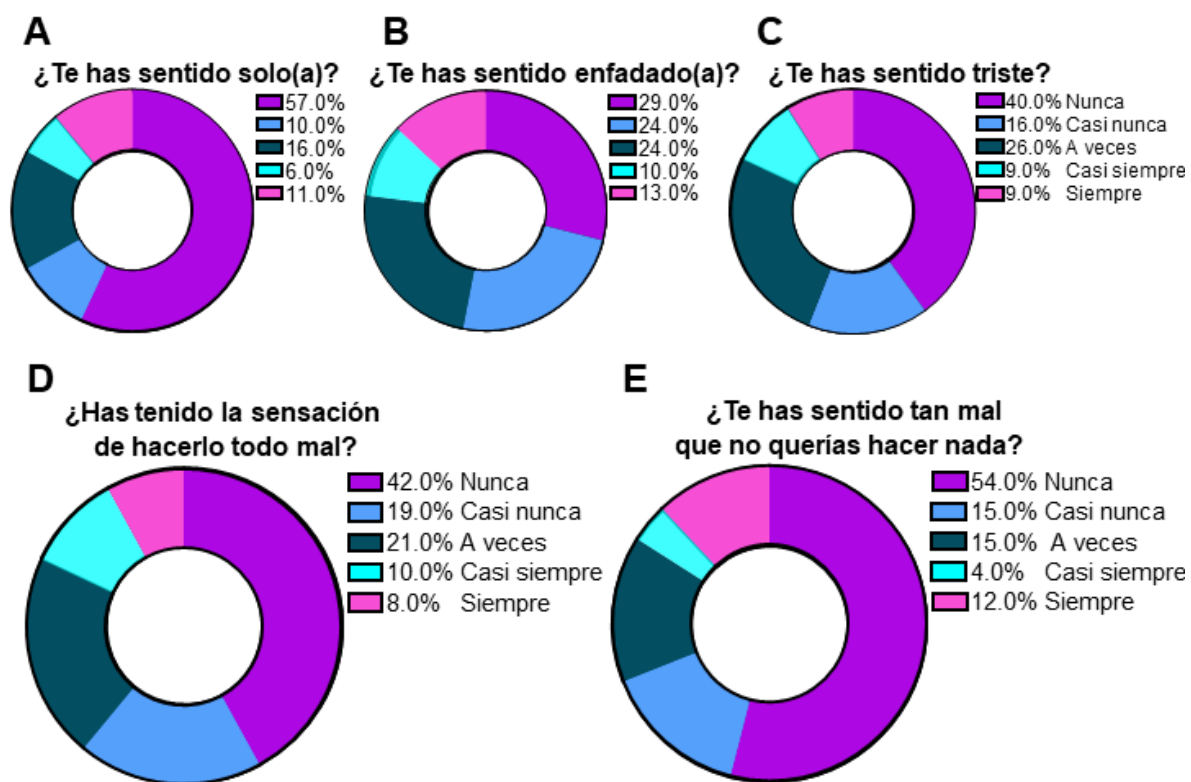


Figura 13. Distribución porcentual de características de depresión durante la pandemia. A. Soledad. B. Enfado. C. Tristeza. D. Sensación de hacer todo mal. E. Sensación de no querer hacer nada.

Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Distribución porcentual de características de depresión durante la pandemia



Figura 13. Distribución porcentual de características de depresión durante la pandemia. F. Sentirse bajo presión. G. Sensación de que todo en la vida sale mal. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Acerca de la pandemia, se puede notar una diferencia estadísticamente significativa al ver que el 88% tiene miedo de que algún familiar o amigo enferme contra el 12% que no lo tiene ( $p < 0.05$ ).

Distribución porcentual del miedo de la padecer la enfermedad por coronavirus COVID19

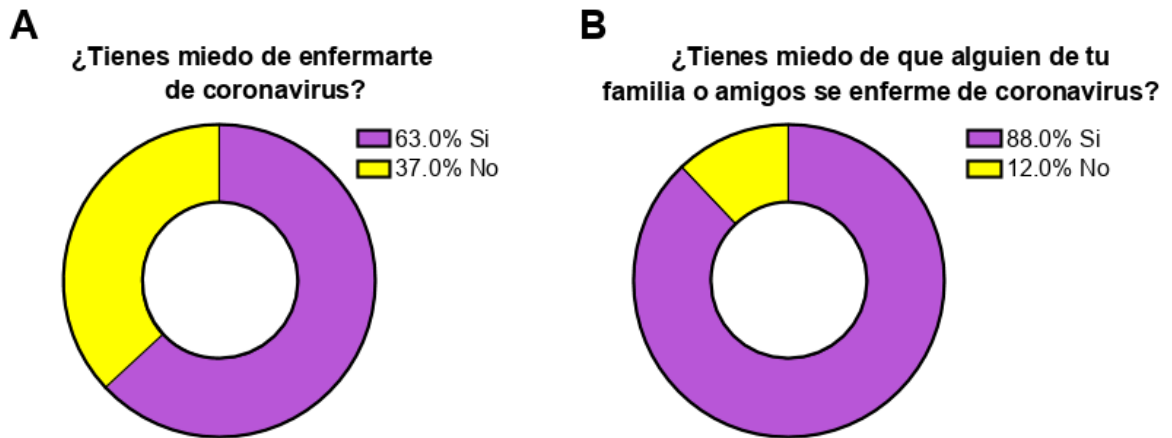


Figura 14. Distribución porcentual del miedo de la padecer la enfermedad por coronavirus COVID19. A. Miedo de enfermarse. B. Miedo de que algún familiar o amigo enferme. Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

Por último, el 22% no salió de su casa durante la pandemia, menos del 17% salió en una o tres ocasiones y menos del 9% en más de 4 ocasiones, por lo tanto es mayor el porcentaje de aquellos que nunca salieron ( $p < 0.05$ ) (Figura 15A). De los que salieron, las razones para salir fueron ir al supermercado (16%), visitar familiares (42%) y menos del 5% ir al parque, de vacaciones, visitar amigos, ir a una fiesta, hacer ejercicio, visita médica u otras razones (Figura 15B).

Distribución porcentual de salidas de casa durante la pandemia

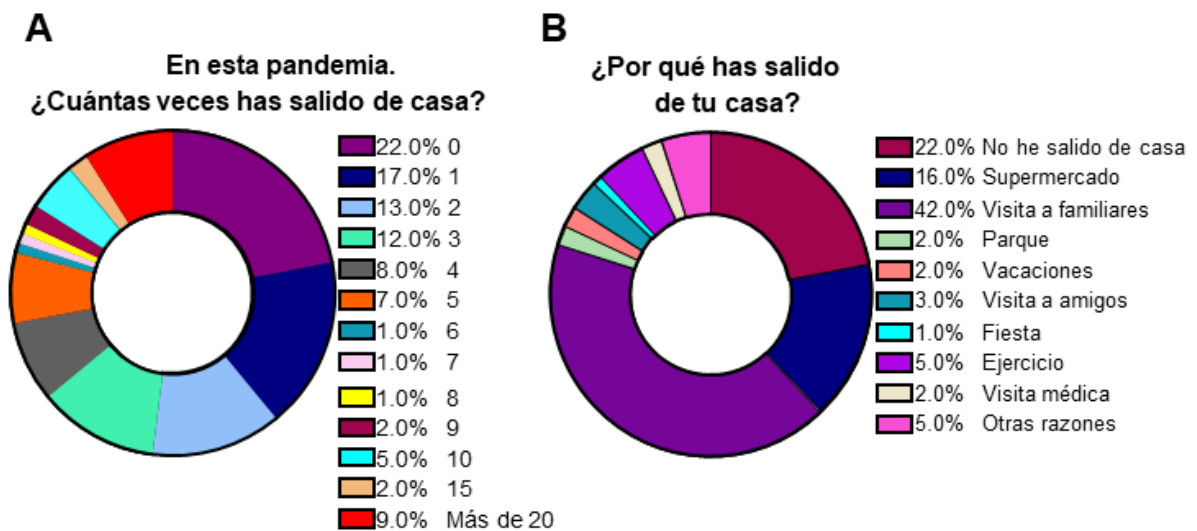


Figura 15. Distribución porcentual de salidas de casa durante la pandemia. A. Número de salidas de casa. B. Razones por las que salieron de casa.  
Fuente: Resultados de la encuesta realizada.

## 10. Discusión

Se ha observado que la preocupación por la salud de los niños es un tema muy recurrente en la historia mundial y más aún en etapas complejas, en este caso tratamos de tener un entendimiento del estado de salud de los niños, pero aunque veamos que diversas organizaciones y autores realizan estudios, pocos abordan realmente al niño mexicano, el cual es difícil de entender claramente debido a la estratificación social tan variada en el país.

Es importante mencionar que debido al confinamiento derivado de la pandemia mundial de COVID-19 el contacto con los niños mexicanos fue difícil por lo que se recurrió a un medio virtual para recopilar la información, en este caso una encuesta que podía ser resuelta por cualquier medio electrónico. Esto ayuda a tener un acercamiento directo a los niños pero se tiene que comprender que no todos los niños tienen accesos suficientes a los medios electrónicos por lo que es comprensible que no se abarque a cierto sector de la población de niños mexicanos por la naturaleza de este estudio.

Para entender el nivel socioeconómico de nuestra muestra se analizó el nivel de estudios de los padres, ya que se sabe que existe una relación entre el nivel de estudios alcanzado y el ingreso de mayores salarios<sup>8</sup>, dentro de los resultados que obtuvimos más del 53% de las madres y padres alcanzó estudios de licenciatura y posgrado, por lo que podemos inferir que su nivel socioeconómico es medio o alto y se observó que el 51% de los niños que respondieron a la encuesta asistían a escuelas privadas y en consecuencia el 49% de

escuelas públicas pero a su vez no encontró diferencia en el grado escolar de los participantes del estudio, por lo que tenemos participación equitativa de alumnos de cuarto de primaria a primero de preparatoria.

Es de suma importancia hacer énfasis en la situación médica de los niños, la cual en la muestra de población se presentan como saludables, sin embargo un 9% informó tener alguna enfermedad, dentro de las que se encuentran el asma en un 7% y la diabetes mellitus tipo 1 en un 2%. Estos datos concuerdan con la prevalencia en México de ambas enfermedades en adolescentes, que se estima es de 1.2% hasta un 14.9% en el caso de asma acorde a Lai y Beasley <sup>9</sup> y de 0.7% en el caso de diabetes descrito por Hernández, Gutiérrez y Reinoso <sup>10</sup>.

La pandemia de COVID-19 obligó a las escuelas a cerrar sus puertas, impactando a un número sin precedente de estudiantes en todo el mundo, se cuenta con el resultado un tanto alarmante que el 4% no continuaba con educación, contra el 91% que continuo con clases en línea, al igual que un 80% refiere que ya quiere regresar a la escuela sin embargo el 85% de los encuestados no suele poner atención a todas las clases (Figura 3), siendo uno de los hábitos de la infancia y adolescencia más afectados durante esta pandemia, notando que las clases en casa no las perciben como excelentes, sino en su mayoría con un 41% como buenas, refiriendo que las consideran aburridas, no entienden por completo, extrañan a sus compañeros, se distraen más fácilmente o no cuentan con

un internet estable. Siendo la educación una forma de brindar estabilidad y seguridad a la niñez ya que ayuda a implementar una rutina, a utilizar su tiempo de forma productiva y así afrontar el trauma, el estrés y el miedo que pueden estar sintiendo a causa de la pandemia, es de vital importancia ver que los niños, niñas y adolescentes puedan seguir estudiando y aprendiendo desde casa, de lo contrario podría darse el caso que olviden algunas cosas que han aprendido, y al retornar a la “nueva normalidad” será un nuevo desafío para las escuelas.

Aunque algunas características de depresión como sentirse solo, enfadado, triste, sensación de hacer todo mal, sensación de no querer hacer nada, sentirse bajo presión y sentir que todo en la vida sale mal, se presentaron casi nunca o nunca en más del 60% (Figura 13), junto con que los niños y adolescentes en un 63% tienen miedo de enfermarse de coronavirus pero aumenta a un 88% el miedo a que algún familiar o amigo se enferme de coronavirus (Figura 14), al igual que se obtuvieron las siguientes respuestas:

- “Me siento más aburrida y triste de lo normal, las cosas las termino rápido y por ende no hay mucho que hacer, las tareas son un desastre por que los profes a veces ni manejar el equipo saben”, mujer de 13 años de edad.
- “Estoy harta de saber del coronavirus. Ya nada me hace ilusión, la comida ya no sabe rica, mis pasatiempos me aburren, me la paso llorando y yo solo quiero ver a mis amix”, mujer de 15 años de edad.

- “No salgo de mi casa, tengo que cambiarme de ropa y lavarme las manos constantemente más que antes. Tengo que tener más cuidado en estarme tocando la boca, nariz, oídos y ojos, si mi familia sale de compras desinfectamos todo”, hombre de 14 años de edad.

Con estos resultados podemos ver que los niños y adolescentes comienzan con datos claros de ansiedad y depresión, al tener disminución de la interacción social, desconocimiento de la enfermedad y del futuro, miedo al contagio, por lo que tendremos que prestar atención a como la pandemia está afectando en la salud mental de nuestros niños y adolescentes.

## 11. Conclusiones

Iniciando por la salud meramente física cabe mencionar que se pudo confirmar la influencia que tienen las redes sociales y dispositivos electrónicos para mantener comunicadas a las personas y que las alienta a mantenerse anímicamente positivas, pero también se observó que los niños comienzan a adoptar actividades sedentarias como ver películas, caricaturas, series y video juegos; todos estos relacionadas directamente a la obesidad y a el desencadenamiento de posteriores afecciones <sup>11,12</sup>.

Lo que contrarresta el posible incremento de peso por sedentarismo en los niños mexicanos en esta etapa de pandemia ha sido que en su mayoría los niños tienen un horario fijo de comida y consideran que su dieta es más saludable que antes. Además, la



mayoría (52%) realizó actividades físicas dentro de su casa y el 65% de los niños mexicanos se sintió cómodo realizando actividades en su hogar en comparación con el 35% que reportó no sentirse cómodo (Figura 10E).

Adentrándonos en la salud psicológica se encontró que los niños consideran que tienen suficiente tiempo para ellos a pesar de que la mayoría de las actividades que desempeñan las realizan acompañados. Se sabe que la relación con la familia es crucial para el apropiado desarrollo de los niños, y se pudo observar que durante este periodo los niños mexicanos desarrollan todas sus actividades acompañados de sus padres o hermanos mayormente y esto contribuye enormemente a que los niños se sientan comprendidos y queridos; mostrado claramente en los gráficos (Figura 7).

Se observa que la felicidad de los niños va ligada directamente al tiempo que pasan con su familia (Figura8), y se soporta ya que el mayor porcentaje de los padres estaba trabajando desde casa, esto haciendo una distinción especial en que las madres son las que más cuidan a los niños mexicanos, lo cual concuerda con la demás literatura sobre la cultura mexicana.

Los niños han considerado que durante este tiempo de confinamiento han estado de buen humor, se han sentido alegres, se han divertido y han estado contentos con su forma de ser y con su vida, además de que consideran que su salud es excelente.

Como mención particular se observa que la mayoría de los niños salieron en más de 3 ocasiones de sus casas, visitando a familiares, amigos e incluso a supermercados, lo que nos muestra que los padres no han respetado completamente el tiempo de confinamiento y que de esta manera ponen en riesgo la salud de los niños por propia negligencia de los padres (Figura 15).

Inicialmente se esperaba observar un decremento en la felicidad y salud de los niños mexicanos provocada por el confinamiento prolongado, además de un incremento en la ansiedad y depresión pero contrariamente se ha notado que particularmente para los niños mexicanos ha sido un periodo de felicidad y de un excelente estado de salud.

## **12. Recomendaciones**

Como médicos es fundamental que reconozcamos a un niño o adolescente con datos de depresión y/o ansiedad y saber darles un tratamiento adecuado.

Es muy importante que tengamos una adecuada comunicación con los niños y adolescentes durante la consulta u hospitalización, para que podamos detectar datos de alarma sobre depresión y ansiedad, conociendo su entorno y recordarles que esta situación es temporal y que si estamos en casa es para cuidarnos nosotros y a los demás.

Al igual que es importante que los niños y adolescentes conozcan lo que está pasando, sepan las medidas de protección y entiendan porque es el confinamiento, por otro lado, es recomendable evitar que estén sobreexpuestos a información sobre la pandemia, es bueno que sepan lo que ocurre, pero con un lenguaje adecuado para su edad. Donde se ha visto que el gobierno de México, ha puesto en su página videos, cuentos e infografías donde se desarrolla por medio de Sésamo, como los niños pueden cuidar su salud durante el confinamiento, explicando desde como lavarse las manos, tener distanciamiento social, como identificar sus sentimientos, etc.

Hacerle entender a los padres que establecer una rutina es necesaria durante el confinamiento, los horarios ayudan a que la familia tenga un sentido de normalidad, considerando horarios para el aprendizaje, actividades de recreación fomentando el ejercicio y de descanso. Junto con un espacio y los recursos necesarios para el aprendizaje tanto para que los niños puedan tomar clases a distancia como para actividades que hayan decidido realizar en familia.

### **13. Implicaciones éticas**

Los beneficios, los riesgos conocidos o inconvenientes para los sujetos envueltos en el estudio se pueden despreciar en este tipo de estudio, ya que la información estadística

revisada no es específica y de esta manera no es necesaria ningún tipo de entrega de descripción precisa de la información hacia algún sujeto o paciente.

De la misma manera, ya que no se contara con sujetos específicos para este estudio, no es necesario el mostrar evidencia de efectos positivos que no justifiquen continuar con el estudio.

Cabe remarcar que durante el periodo de investigación podría llegarse a presentar información delicada y que no podrá ser compartida o plasmada en este trabajo, de tal manera que se indicara que será mantenida la confidencialidad de la información en el estudio.

#### 14. Referencias bibliográficas

1. Verdugo, M. Á., & Sabeh, E. N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia [Perceived quality of life assessment in childhood]. *Psicothema*, 14(1), 86–91
2. Córdoba, L., Verdugo, M. A. y Gómez, J. (2006). Adaptación de la escala de calidad de vida familiar en Cali (Colombia). En M.A. Verdugo (dir.), Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación (pp. 273-297). Salamanca: Amarú.
3. Hong, S. D., Yang, J. W., Jang, W. S., Byun, H., Lee, M. S., Kim, H. S., Oh, M. y Kim, J. (2007). The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and

Adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and Validity of the Korean Version. *Korean Medical Science*, 22, 446-52.

4. Fernández-López, J. A., Fernández, M., Cieza, A. y Ravens-Sieberer (2004). Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: First Psychometric Properties of the Spanish Version of the KINDL Questionnaire. *Atención primaria*, 33.
5. Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, V., & Alonso, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): Revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43
6. Cordova-Villalobos JA, Macias AE, Hernandez-Avila M, et al. La pandemia de 2009 en México: experiencia y lecciones acerca de las políticas nacionales de preparación contra la influenza estacional y epidémica. *Gac Med Mex*. 2017;153(1):102-110.
7. Márquez M. L., Molina del Villar A. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos* Numero 32. México Enero/abril 2010.
8. Espinosa, Lourdes Rodríguez, and Ramón A. Castillo Ponce. "Movilidad socioeconómica y educación superior en México." *Comercio exterior* 59.9 (2009): 715-723.
9. Lai CK, Beasley R, Crane J, Foliaki S, Shah J, Weiland S; International Study of Asthma and Allergies in Childhood Phase Three Study Group. Global variation

in the prevalence and severity of asthma symptoms: Phase Three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*. 2009 Jun; 64(6):476-83.

10. Hernández-Ávila Mauricio, Gutiérrez Juan Pablo, Reynoso-Noverón Nancy. Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública Méx [revista en la Internet]*. 2013 [citado 2020 Jun 29]; 55 (Suppl 2): s129-s136.
11. McLaren DS. Nutritional assessment. En: McLaren DS y Burman D, eds. *Textbook of pediatric nutrition*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
12. Stettler N, Signer T.M., Suter P.M. Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obesity research*. Volume 12: Issue 6. 2012.

## ANEXO 1

Hola, esta encuesta es para ver cómo ha cambiado tu vida desde que comenzó la cuarentena. Se sincer@ con tus respuestas, y piensa como ha cambiado tu vida

1. ¿Cuántos años tienes?

- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15

2. ¿Eres hombre o mujer?

3. ¿Tienes alguna enfermedad o situación médica?

- No
- Si ¿Cuál?

4. ¿Qué nivel de estudios tiene tu mamá?

- No sabe leer, ni escribir
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Posgrado
- No es parte de mi familia

5. ¿Qué nivel de estudios tiene tu papá?

- No sabe leer, ni escribir
- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Licenciatura
- Posgrado
- No es parte de mi familia

6. En estos días de cuarentena, ¿Cuántas veces has salido de casa?

7. ¿Por qué has salido? (Selección múltiple)

- No he salido de casa
- Supermercado
- Visita a otros familiares
- Parque
- Visita a amigos
- Fiesta
- Ejercicio
- Visita medica
- Otras

### *Actividad física y salud*

8. En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena
- Excelente

9. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido bien y en forma?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

10. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido llen@ de energía?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

11. Piensa en la última semana. ¿Has realizado actividades físicas (por ejemplo, correr, brincar, bailar, andar en bici)?



- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

12. ¿Dónde has realizado estas actividades? (Selección múltiple)

- No realizo ninguna actividad física
- Casa/ departamento
- Patio de la casa/ departamento
- Azotea
- Parque de la colonia
- Parque fuera de la colonia
- Gimnasio

13. ¿Te sientes cómodo realizando actividades físicas en tu hogar?

14. ¿Por qué?

#### *Sentimientos y estado de ánimo general*

15. Piensa en la última semana. ¿Has disfrutado de la vida?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

16. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido content@ de estar viv@?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

17. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?

- Nada
- Un poco

- Moderadamente
- Mucho
- Muchísimo

18. Piensa en la última semana. ¿Has estado de buen humor?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

19. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido alegre?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

20. Piensa en la última semana. ¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

21. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido triste?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

22. Piensa en la última semana. ¿Te has divertido?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

23. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

24. Piensa en la última semana. ¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida sale mal?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

25. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido enfadad@?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

26. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido sol@?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

27. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido bajo presión?

28. En general, ¿cómo te has sentido en estos últimos días?

*Tiempo libre*

29. Piensa en la última semana. ¿Has tenido suficiente tiempo para ti?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

30. Piensa en la última semana. ¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

31. Piensa en la última semana. ¿Has tenido suficiente tiempo para ver a tus amigo@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

32. Piensa en la última semana. ¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

33. ¿Qué actividades realizas en tu tiempo libre?

34. ¿Cuántas horas le dedicas a estas actividades al día?

- 1 a 2 horas
- 2 a 4 horas
- 4 a 6 horas
- 6 a 8 horas
- Más de 8 horas

35. ¿Realizas estas actividades con alguien?

- Nunca
- Siempre, ¿Con quién?
- A veces

*Tu vida familiar*

36. Piensa en la última semana. ¿Tus padres te han comprendido?

- Nada
- Mucho
- Un poco
- Muchísimo
- Moderadamente

37. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido querid@ por tus padres?

- Nada
- Mucho
- Un poco
- Muchísimo
- Moderadamente

38. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido feliz en tu casa?

- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Siempre
- A veces

39. Piensa en la última semana. ¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?

- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Casi siempre
- A veces
- Siempre

40. Piensa en la última semana. ¿Tus padres te han tratado de forma justa?

- Nunca
- Casi nunca

- A veces
- Siempre
- Casi siempre

41. Piensa en la última semana. ¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?

- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Siempre
- A veces

42. Piensa en la última semana. ¿Has realizado actividades con tu familia?

- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Siempre
- A veces

43. ¿Cuántas personas viven en tu hogar y que son de ti (mamá, papá, abuelos, hermano)?

44. ¿Actualmente se encarga de ti la misma persona que antes de la cuarentena? ¿y qué es de ti?

45. ¿Tu papá sigue trabajando?

- Si, aun sale a trabajar
- No, tenía trabajo informal
- Sí, pero en casa
- No trabajaba desde antes
- No, lo despidieron

46. ¿Tu mamá sigue trabajando?

- Si, aun sale a trabajar
- No, tenía trabajo informal
- Sí, pero en casa
- No trabajaba desde antes
- No, lo despidieron

*Tus amigos/as*

47. Piensa en la última semana. ¿Has pasado tiempo con tus amig@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

48. Piensa en la última semana. ¿Has hecho actividades con otros chic@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

49. Piensa en la última semana. ¿Te has divertido con tus amig@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

50. Piensa en la última semana. ¿Has podido hablar de todo con tus amig@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

51. Piensa en la última semana. ¿Has podido confiar en tus amig@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

52. Piensa en la última semana. ¿Tú y tus amig@s se han ayudado un@s a otr@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

53. ¿Cuándo fue la última vez que viste en vivo a tus amigos?

- 0 a 5 días
- 6 a 10 días
- 11 a 15 días
- 16 a 20 días
- 21 a 25 días
- 26 a 30 días
- Más de 30 días
- 2 meses

54. ¿Cómo mantienen contacto?

- Ya no les hablo
- Redes sociales
- Mensajes de texto
- Llamadas telefónicas
- Videollamadas
- Vienen a casa a visitarme
- Voy a su casa
- Nos vemos en lugares públicos

### *La escuela y aprendizaje*

55. ¿Qué grado escolar cursas?

- Cuarto de primaria
- Quinto de primaria
- Sexto de primaria
- Primero de secundaria
- Segundo de secundaria
- Tercero de secundaria
- Primero de preparatoria

56. ¿Acudes a escuela privada o pública?



- Privada
- Pública

57. ¿De qué forma continuas tu educación?

- Mis padres me dan clases
- No tengo clases
- Otros familiares me dan clases
- Otras
- Tengo clases en línea

58. Piensa en la última semana. ¿Te has sentido feliz con este método de enseñanza?

- Nada
- Mucho
- Un poco
- Muchísimo
- Moderadamente

59. Piensa en la última semana. ¿Te ha ido bien con este método de enseñanza?

- Nada
- Mucho
- Un poco
- Muchísimo
- Moderadamente

60. Piensa en la última semana. ¿Has estado satisfech@ con tus maestr@s?

- Nada
- Mucho
- Un poco
- Muchísimo
- Moderadamente

61. Piensa en la última semana. ¿Has podido poner atención?

- Nunca
- Casi siempre
- Casi nunca
- Siempre
- A veces

62. Piensa en la última semana. ¿Te has llevado bien con tus maestr@s?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

63. Piensa en la última semana. ¿Te ha gustado tomar clases?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

64. ¿Cuántas horas le dedicas al día a tomar clases, estudiar, tarea, etc?

- 1 a 2 horas
- 2 a 4 horas
- 4 a 6 horas
- 6 a 8 horas
- Más de 8 horas

65. ¿Cómo consideras tu proceso de enseñanza aprendizaje actual?

- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena
- Excelente

66. ¿Por qué?

67. ¿Ya quisieras regresar a la escuela?

*Tu relación con los demás y sobre ti*

68. Piensa en la última semana. ¿Has tenido miedo de otras personas?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

Siempre

69. Piensa en la última semana. ¿Se han burlado de ti otras personas?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

A veces

70. Piensa en la última semana. ¿Te han intimidado o amenazado otras personas?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

A veces

71. Piensa en la última semana. ¿Has estado content@ con tu forma de ser?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

A veces

72. Piensa en la última semana. ¿Has estado contento@ por la ropa que tienes?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

A veces

73. Piensa en la última semana. ¿Has tenido envidia de otros chic@s?

Nunca

Casi siempre

Casi nunca

Siempre

A veces

74. ¿Tienes un horario fijo de comida?

75. En este último mes, ¿has aumentado de peso?
76. En este último mes, ¿has bajado de peso?
77. Consideras que tienes una alimentación más saludable o menos saludable que antes de la cuarentena
- o Mucho menos saludable
  - o Menos saludable
  - o Igual
  - o Más saludable
  - o Mucho más saludable
78. ¿Has notado a tus padres más preocupados que antes por el dinero?

*Por último...*

79. Cuéntanos, en tus propias palabras, ¿Qué está pasando, y porque la cuarentena?
80. ¿Cómo ha cambiado tu vida, desde la cuarentena?
81. ¿Qué cambios crees que habrá en tu vida por la pandemia?
82. ¿Te gustaría saber que es el coronavirus y porque nos tiene en cuarentena?
83. ¿Tienes miedo de enfermarte de coronavirus?
84. ¿Tienes miedo de que alguien de tu familia o amigos enferme de coronavirus?

Muchas gracias por llegar hasta aquí y responder todas las preguntas con sinceridad, dejo un pequeño espacio para comentarios

